

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

**DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE VERFAHREN IN DER
PSYCHOTHERAPIE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN**

(Ein Überblick über Methoden und Techniken)

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz,
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
RALF DITTMANN
aus Rahden/Krs. Lübbecke

Mainz 1973





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554420_0047

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE VERFAHREN IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

(Ein Überblick über Methoden und Techniken)

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz,
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
RALF DITTMANN
aus Rahden/Krs. Lübbecke

Mainz 1973



Fachbereichsdekan : Professor Dr. med. E. Straub
Referent : Professor Dr. med. D. Langen
Korreferent : Professor Dr. med. P. Emmrich

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. VORWORT UND EINLEITUNG	1
II. HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER KINDER- UND JUGEND- PSYCHOTHERAPIE	3
III. DARSTELLUNG VERSCHIEDENER VERFAHREN	9
1. Von der Psychoanalyse ausgehende Verfahren	11
a) Auffassungen und Technik von ANNA FREUD	13
b) Die psychoanalytische Spieltechnik von MELANIE KLEIN	16
c) Die deutungsfreie psychoanalytische Kin- derpsychotherapie und die "Spaziergangs- behandlung" von HANS ZULLIGER	19
d) Erziehungsberatung und Fürsorgeerziehung bei AUGUST AICHHORN	23
e) Die Technik der Kinderanalyse bei JACQUES BERNA	27
f) Kinderanalyse aus der Sicht der analyti- schen Psychologie von C.G. JUNG	30
g) Kinderpsychotherapie aus der Sicht der Neo-Psychoanalyse	31
h) Die soziologisch orientierte Kinderanalyse von J. SCHWARZMANN	38
2. Stützende Verfahren in der Kinder- und Jugend- psychotherapie	40
Suggestionsbehandlung	41
Hypnose-Behandlung	42
Autogenes Training	44
3. Die nicht-direktive Kinderpsychotherapie	48
Die Prinzipien	51
Die Therapie der beteiligten Erwachsenen	56
4. Die Therapie durch Verhaltensänderung	56
Lerntheoretische Grundlagen	57
Methoden	58
A Aufbau operanter (handelnder) Verhaltens- weisen	61
a) Positive Verstärkung	61
b) Negative Verstärkung	62
c) Reduktion inkompatibler Verhaltensweisen	63
B Reduktion operanter Verhaltensweisen	63
a) Löschungsmethoden (Extinktion)	63

	Seite
b) Kontingenter Entzug positiver Verstärker	63
c) Aversionstechniken	64
d) Verstärkung inkompatibler Verhaltensweisen	65
Systematische Kontingenz-Änderung	65
C Konditionierungsmethoden zur Behandlung res-	65
pondenter Verhaltensweisen	
Lernen am Modell	66
5. Gruppenpsychotherapie	68
a) Grundlagen der Gruppenpsychotherapie	69
b) Praxis der Gruppenpsychotherapie	72
c) Die Auswahl der Patienten	73
d) Planung und Zusammenstellung der Gruppen	74
e) Der Erwachsene in der Gruppe	74
f) Der therapeutische Vorgang	76
g) Variationen der Gruppenpsychotherapie	77
h) Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen	78
6. Familientherapie	80
7. Heilpädagogik und Psychagogik	83
IV. DER THERAPEUT IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHO-	85
THERAPIE	
V. UMGANG MIT DEN ELTERN IN DER KINDER- UND JUGEND-	89
PSYCHOTHERAPIE	
Erziehungsberatung	93
Elternschulen	94
VI. PSYCHOTHERAPIE UND LEBENSALTER	95
VII. ANAMNESE UND DIAGNOSTIK	100
Allgemeine Interview-Technik	100
Psychischer Befund	101
Elterninterview	101
Diagnostische Formulierung	102
Fallstudie	102
Testdiagnostik	103
VIII. DIE ERSTE BEGEGNUNG MIT ELTERN, KINDERN UND	105
JUGENDLICHEN	
IX. INDIKATION ZUR KINDER- UND JUGENDPSYCHOTHERAPIE	107
X. THERAPIEENDE UND THERAPIEABBRUCH	109
XI. EINZELTECHNIKEN UND ZUSATZINSTRUMENTE IN DER PSY-	111
CHOTHERAPIE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	
1. Die psychoanalytische Kinderbehandlung mit der	111
"Blumenpuppe"	
2. Das Psychodrama	112

	Seite
3. Das katathyme Bilderleben (Symboldrama)	112
4. Phantasiegeschichten	113
5. Die Rolle des Traumes	114
6. Die Spaziergangsbehandlung	114
7. Das Puppenspiel	115
8. Die Welt-Technik	115
9. Der Sceno-Test	116
10. Das Sandspiel	116
11. Das Zeichnen	116
12. Die Kunst-Therapie	117
13. Das Fingermalen	117
14. Die Musiktherapie	118
15. Das Essen in der Therapie	118
16. Die Bewegungstherapie	118
 XII. DAS SPIELZIMMER	 119
XIII. KINDERPSYCHOTHERAPIE IN SPEZIELLEN BEREICHEN	120
XIV. KATAMNESE UND ERFOLGSERFASSUNG	120
XV. ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSWORT	122
 Literaturverzeichnis	 127

I. VORWORT UND EINLEITUNG

Psychotherapie ist die allgemeine und umfassende Bezeichnung für Theorie und Praxis der

" Behandlung von abnormen Seelenzuständen, psychischen und Körperkrankheiten durch gezielte seelische Einflußnahme, genauer gesagt durch bewußte Ausnutzung der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Psychotherapie ist somit eine Sammelbezeichnung für vielerlei Methoden der psychischen Einflußnahme " (PETERS, 1971, S. 369).

Vergleichbar der Pädiatrie im somatischen Bereich der Medizin entstand eine Teildisziplin der Psychotherapie, die sich besonders der Kinder und Jugendlichen annahm (zur historischen Entwicklung s. Kap. II., S. 3).

Die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich von der Erwachsenentherapie in einer ganzen Reihe von Bedingungen und Voraussetzungen, auf die im therapeutischen Vorgehen Rücksicht genommen werden sollte.

SPIEL (1967) betont dabei vornehmlich drei Gesichtspunkte :

1. Kind und Jugendlicher als heranwachsende Wesen;
2. das Milieu und das Elternhaus;
3. den Therapeuten und die therapeutische Situation.

Er weist auf die Schwierigkeit hin, daß bereits die bloße Anwesenheit des Therapeuten - als einer neuen Interaktionsperson - als ein deutlicher Eingriff in den kindlichen Entwicklungsprozess gesehen werden muß. Weiterhin stehen Kind und Jugendlicher in einem ungleich engeren Verhältnis zum Elternhaus als ein Erwachsener. Sie sind Mitglieder von verschiedenen Gruppen (Schule, Kindergarten, Freundeskreis, Sportverein etc.), in denen sie plötzlich durch die bekanntgewordene Behandlung in eine besondere Position hineingeraten können. In den seltensten Fällen werden Kinder und Jugendliche aus eigenem Antrieb zur Therapie kommen, sondern sie werden von den Eltern gebracht. Nur bei einem gewissen Teil der jungen Patienten (z.B. Pavor nocturnus, Zwangssymptome, Enuresis, Enkopresis) wird ein echtes Leidensgefühl vorliegen. In Abhängigkeit vom Alter wird - wenn überhaupt - nur ein unvollständiges Verständnis für die Methoden der Therapie anzutreffen sein. Kind und Jugendlicher sehen den Thera-

peuten häufig als zusätzliche Autoritätsfigur an, dessen Hilfsfunktion nicht anerkannt wird.

Auch das Vertrauensverhältnis zwischen Kind und Betreuer entwickelt sich anders als in der Erwachsenentherapie, nicht zuletzt weil der Behandler zumeist gegenüber Dritten gewisse Auskünfte über die gegenwärtige Situation und den Fortgang der Therapie geben muß.

Die psychoanalytischen Richtungen in der Kinderpsychotherapie betrachten darüberhinaus die mangelnde Assoziations- und Verbalisationsfähigkeit des Kindes als wichtigen Unterschied zur Erwachsenentherapie.

All diese Aspekte unterstreichen, daß die Entwicklung spezieller Theorien, Methoden und Techniken für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen notwendig war und ist.

Diese Arbeit stellt sich die Aufgabe, einen Überblick über die Methoden und Techniken der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen zu geben. Darunter sind häufig spezielle Verhaltensweisen des Therapeuten zu verstehen.

Ein Anspruch auf Vollständigkeit kann von dieser Übersicht keineswegs erhoben werden, da eine sehr große Anzahl von Methoden, Techniken, Modifikationen und Variationen entwickelt worden ist, so daß nicht alle Erwähnung finden können. Ein mehr exemplarisches Vorgehen bzw. sehr kurze Darlegungen bei einigen Techniken sind daher nicht zu vermeiden gewesen.

Die Theorien, die den einzelnen Methoden und Techniken zugrundeliegen, sollen nur soweit referiert werden, wie sie als Begründung und zum Verständnis der Verfahren und ihrer Anwendung in Diagnose und Therapie notwendig sind.

Es gilt weiterhin zu beachten, daß Diagnostik und Therapie oftmals methodisch nicht voneinander zu trennen sind, denn "wir haben kaum irgendwo sonst in der ärztlichen Praxis eine vergleichbare Situation, in der das diagnostische Sammeln der Befunde ebenso eng mit den ersten therapeutischen Schritten verknüpft ist, wie bei der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen" (ANNEMARIE DÜHRSEN, 1971, S. 134).

Wiederholungen einzelner Aspekte, die in verschiedenen Verfahren von Bedeutung sind, haben sich zwangsläufig an einigen Stellen ergeben.

Im Anschluß an eine historische Darstellung der Entwicklungen in der Kinderpsychotherapie sollen die wichtigsten Verfahren vorgestellt werden. Es folgen Bemerkungen zu den Eigenschaften, der Ausbildung und dem Geschlecht des Therapeuten. Die Beratung und Therapie der Eltern sowie Fragen der Therapie in bestimmten Lebensaltern werden in den nachfolgenden Abschnitten erörtert.

Weitere wichtige Gesichtspunkte, in denen methodisches Vorgehen eine Rolle spielt, sind : Anamnese, Testdiagnostik, Indikation zur Therapie, das Therapieende bzw. der Therapieabbruch. Große Bedeutung hat außerdem die erste Begegnung mit den Eltern und Patienten.

In einem anderen Teil der Arbeit werden verschiedene Einzeltechniken und Zusatzinstrumente der Kinderpsychotherapie skizziert.

Das relativ ausführliche Literaturverzeichnis soll die Möglichkeit geben, sich über Einzelaspekte und Techniken genauer zu informieren.

(Hinweis zum Literaturverzeichnis : Beispiel: ..., 1947³, S. ... = drittes im Verzeichnis aufgeführtes Werk des genannten Autors aus diesem Jahr)

II. HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER KINDER-UND JUGENDPSYCHOTHERAPIE

Die Entwicklung der Kinderpsychotherapie muß in ihren Anfängen als eine Entwicklung der psychoanalytischen Kinderpsychotherapie gesehen werden.

BIERMANN (1969², S. 1 ff.) unterscheidet darin drei wichtige Abschnitte :

1. In der Zeit bis zum Ende des ersten Weltkrieges kam es im Anschluß an die Ergebnisse der Psychoanalyse zu ersten Theorien und praktischen Versuchen, kindliche Neurosen psychotherapeutisch anzugehen. Dabei ergab sich die Notwendigkeit, die therapeutischen Maßnahmen der besonderen Situation des Kindes anzupassen (s. Vorwort und Einleitung, S. 1 ff.).
2. Der folgende Abschnitt, insbesondere die zwanziger Jahre, war gekennzeichnet durch die Weiterentwick-

lung und Erprobung verschiedener Therapiemethoden sowie die Auseinandersetzung der Schulen von ANNA FREUD und MELANIE KLEIN. Außerdem kam es in diesen Jahren zu einer Ausweitung und Anwendung der psychoanalytischen Pädagogik.

3. Nach dem zweiten Weltkrieg nahm die Erarbeitung von grundlegenden Theorien einen deutlichen Aufschwung. Darüberhinaus wurde die psychotherapeutische Behandlung der Kinder und Jugendlichen durch besondere Institutionen und gezielte Fachausbildung gefördert.

Um die Jahrhundertwende herum war durch die kinderpsychologischen Arbeiten von STERN, PREYER, KARL und CHARLOTTE BÜHLER u.a. die Grundlage geschaffen für eine intensivere Hinwendung auf die besonderen Probleme des Kindes. Im Jahre 1908 erschien S. FREUDs Arbeit über die " Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben " als erste Kinderanalyse, die in die Literatur einging.

In der Folgezeit entstanden zwei Schulen, die Wiener und die Schweizer Schule, welche die Entwicklung der Disziplin vornehmlich bestimmten. Aus der Wiener Schule gingen dann später die Berliner, die Londoner und die nordamerikanische Schule hervor.

In der Schweiz erarbeitete O.PFISTER eine psychoanalytische Methode, die unter dem Namen " Pädanalyse " bekanntgeworden ist (1913). Gleichzeitig schuf er die " Spaziergangsbehandlung " (s. ZULLIGER, S. 22 , S. 114). Seine Schüler E. SCHNEIDER und H. ZULLIGER förderten in besonderem Maße die Psychoanalyse und ihre Anwendung im Rahmen der Schule.

In Wien war HERMINE V. HUG-HELLMUTH die erste Vertreterin einer Spieltherapie, die aus dem freien Spiel des Kindes, seinem Verhalten und seinen Äußerungen analytische Folgerungen zog. Das verständnisvolle Einfühlen in das Kind sowie die frühe Herstellung einer guten emotionalen Beziehung zwischen Therapeut und Kind standen im Vordergrund ihrer Bemühungen. Außerdem wies sie immer wieder auf den erzieherischen Auftrag des Kindertherapeuten hin und betonte den Kontakt des Therapeuten zum Elternhaus.

Unter dem Einfluß der Individualpsychologie A. ADLERS und der Arbeiten von S. BERNFELD und VERA SCHMIDT entstanden in Wien

die ersten Erziehungsberatungsstellen, die eher eine erzieherisch beratende, sozialpädagogische Kinderpsychotherapie vertraten. Untrennbar mit dem System der Wiener Erziehungsberatung ist der Name AUGUST AICHHORNS verbunden. Seine Gedanken und Arbeiten (z.B. "Verwahrloste Jugend", 1925) bildeten die Grundlagen für spätere Änderungen im Jugendstrafrecht, im Strafvollzug und in der Fürsorgeerziehung.

Im Berliner psychoanalytischen Institut war seit 1922 ADA MÜLLER-BRAUNSCHWEIG tätig, die erstmals das Zeichnen, Malen und Modellieren des Kindes als Ausdrucksmittel unbewußter und bewußter Regungen verstand. Sehr bald wurde aber die kinderanalytische Arbeit in Berlin von MELANIE KLEIN bestimmt. Ihre Auseinandersetzungen mit ANNA FREUD, der jüngsten Tochter von S. FREUD, brachte in den zwanziger Jahren einen ersten Höhepunkt in der Kinderanalyse.

M. KLEIN entwickelte aus den Erfahrungen in der analytischen Behandlung von Kleinkindern eine besondere Spiel- und Deute-technik, die sogenannte "Frühanalyse des Kindes" (s.S. 16 ff.). Dies führte nach ihrer Übersiedelung nach London (1926) zum Aufbau einer eigenen Schule für Kinderanalytiker.

In Wien war es zur gleichen Zeit zu einer mehr pädagogisch orientierten Kinderpsychotherapie unter ANNA FREUD (s.S. 13) gekommen. In engem Kontakt zu den Erziehungsberatungsstellen und der fürsorglichen Arbeit A. AICHHORNS sowie in Übereinstimmung mit den Auffassungen der Schweizer Analytiker betonte sie den erzieherischen Auftrag. Nur in vereinzelten Fällen schwerer Angstneurosen sah sie eine Indikation für eine klassische Analyse des Kindes, während sich sonst die Kindertherapie der speziellen Situation des Kindes in der Familie anpassen sollte (s.S. 13 ff.).

Auch in der Schweiz stand die erzieherische Orientierung (Schule, Heim, Kindergarten) der Kinderpsychotherapie unter PFISTER, ZULLIGER, SCHNEIDER u.a. im Vordergrund. Unter der Führung von MENG entstand auch eine analytisch orientierte Psychotherapie, die der Vorsorge und Betreuung seelisch kranker Kinder und Jugendlicher in ihren Familien diente.

In den dreißiger Jahren kam es unter dem Druck der Machthaber

zur Auflösung vieler Institute auf dem Kontinent.

Die Übersiedlung der Familie FREUD nach London (1938) befruchtete stark die Entwicklung der analytischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie in England und Nordamerika.

ANNA FREUD arbeitete damals vornehmlich über die Probleme der Kriegs- und Anstaltskinder, an deren Ergebnisse die späteren Arbeiten von R. SPITZ und J. BOWLBY über Hospitalismus, Heimkinder und die frühe Mutter-Kind-Beziehung anschlossen.

In London entstand in der Nachkriegszeit die "Hamstead Child Therapy Clinic" unter Leitung von A. FREUD und L. FRANKL, daneben eine Ausbildungsstätte für Kinderpsychotherapeuten auf Initiative von KATE FRIEDLANDER hin. Ein nach- bzw. umerzieherischer Ansatz bei Kindern und Eltern wurde für bestimmte neurotische Störungen der Kinder vertreten.

Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten und Forschungsprogramme führten zur systematischen Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Den daraus gewonnenen Ergebnissen wurde ein bestimmtes "Entwicklungsprofil" und ein Symptomenkatalog kindlicher Verhaltensstörungen zugrundegelegt ("Hamstead Index"), womit erstmals in der Kinderpsychotherapie ein Vergleich verschiedener Untersuchungen, Behandlungen und Katamnesen möglich war.

Es ergaben sich zahlreiche Varianten der Kinderpsychotherapie, wobei die Eltern mehr oder weniger stark in den Therapieplan der Kinder einbezogen wurden.

An der "Tavistock Clinic" in London, einer weiteren Ausbildungsstätte für Kinderanalytiker nach der Schule M. KLEINS, wurde neben anderen Forschungsprojekten von BOWLBY und WINICOTT an Fragen der Mutter-Kind-Beziehung und der Trennungsangst gearbeitet.

Eine dritte Londoner Ausbildungsstätte steht unter Leitung von MARGARET LOWENFELD, deren "Welt-Technik" später von CHARLOTTE BÜHLER zum "Welt-Test" standardisiert wurde.

Eine an der analytischen Psychologie C.G. JUNGs ausgerichtete Kinderpsychotherapie vertritt M. FORDHAM.

In der Schweiz übertrug ZULLIGER (s.S. 19 ff.) seine Arbeiten zur Psychodiagnostik auf die Behandlung und Beratung

von verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen. Er stellte im Laufe der Jahre fest, daß es in vielen Fällen auch ohne therapeutische Eingriffe, z.B. Deutungen, zu echten Heilungen kindlicher Verhaltensstörungen gekommen war. Im affektbesetzten Spiel werden die seelischen Konflikte bis zur Konfliktauflösung ausagiert. So entwickelte ZULLIGER die "nicht-deutende Spieltherapie", welche sich dem besonderen Erleben des Kindes in der "magisch-animistischen Erlebnisphase" anpaßt (s.S. 21).

In der Nachfolge von REPOND führte MADELEINE RAMBERT das "Puppenspiel" und L. DÜSS die nach ihr benannte "Fäbelmethode" in die Psychotherapie des Kindes ein.

J. BERNA (s.S. 27 ff.), ein an der Schule von A. FREUD orientierter Analytiker, beschreibt die Sonderstellung des Therapeuten, die er Kindern und Eltern gegenüber einnehmen soll. JULIA SCHWARZMANN (s.S. 38 f.) vertritt eine soziologisch ausgerichtete Kinderanalyse und befaßt sich vornehmlich mit der Intensivierung der Mutter-Kind-Beziehung sowie der Psychotherapie verwahrloster junger Mädchen.

Während sich MENG mit Problemen der Psychohygiene bei Kindern und Jugendlichen befaßte, widmete sich FRIEDEMANN mehr der praktischen Erziehungsberatung und Psychotherapie der Kinder und Jugendlichen.

In Österreich hat sich die Erziehungsberatung im Sinne ADLERS in den Einrichtungen der öffentlichen Erziehungsberatungsstellen am reinsten erhalten. SPIEL und RINGEL haben zu zahlreichen Fragen der Kinder- und Jugendpsychotherapie Stellung genommen, H. EPPPEL veröffentlichte kinderpsychologische Arbeiten.

Die Kinderanalyse in Frankreich ist durch eine enge Bindung an die klinische Psychiatrie und die neurobiologische Forschung gekennzeichnet. E. STERN bewahrte eine konservative Form der erzieherisch-beratenden Kindertherapie mit Einbeziehung der Psychodiagnostik. LEBOVICI hat die Einführung des " Psychodramas" (MORENO) (s.S. 112) in die Kinderpsychotherapie propagiert, FRANCOISE DOLTO-MARETTE entwickelte das " Spiel mit der Blumenpuppe " (s.S. 111) als Sonderform der Kinderanalyse.

In Nordamerika war die mehr im behavioristischen Denken fixier-

te Psychiatrie den in den dreißiger Jahren in die USA emigrierten Kindertherapeuten und den von ihnen vertretenen Auffassungen gegenüber sehr aufgeschlossen. Somit konnte die Psychoanalyse und die Psychotherapie in den verschiedenen Institutionen relativ schnell Fuß fassen.

Durch die Anregungen der psychosomatischen Schule von Chicago (ALEXANDER) interessierten sich auch die Analytiker für die psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (BRUCH, SPERLING). Die somatischen Krankheiten und ihre Bedeutung für das Erleben des Kindes fanden das Interesse verschiedener Analytiker (GREENACRE, JACKSON, JESSNER, PLANK, BERGMANN).

Neue Anregungen erhielt die Kinderpsychotherapie aus der Kulturanthropologie (besonders ERIKSON im Anschluß an KARDINER, MALINOWSKI, BENEDIKT, MEAD).

EKSTEIN und BETTELHEIM arbeiten mit neuen Methoden an der Diagnostik und Therapie autistischer Kinder (borderline cases).

In New York wurden Formen der Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche entwickelt. Außer dem Psychodrama von MORENO sind dies die Gruppentherapie von SLAVSON sowie die nicht-direktive Gruppentherapie von ROGERS und AXLINE.

In den letzten beiden Jahrzehnten wurde als ein neuer Ansatz zur Behandlung von Verhaltensstörungen - insbesondere in England und den USA - die "Therapie durch Verhaltensänderung" (Verhaltenstherapie, Behavior-therapy, therapeutische Verhaltensmodifikationen) entwickelt. Sie beruht auf den in der Psychologie erarbeiteten Lerntheorien und geht von der Annahme aus, daß im weitesten Sinne jede Verhaltensweise des Organismus durch einen Lernprozeß erworben wurde (s.S. 56 ff.).

Auch in Israel wurde der psychoanalytisch orientierten Kindererziehung in den Kibbuzim und der Psychotherapie der gestörten Kinder und Jugendlichen große Aufmerksamkeit geschenkt.

In Deutschland stand die Kinderpsychotherapie nach dem Kriegsende vor einem völligen Neubeginn. Als Vertreter der Neo-Psychoanalyse haben sich besonders ANNEMARIE DÜHRSSSEN und W. SCHWID-

DER um die Psychotherapie des Kindes und Jugendlichen verdient gemacht. A. DÜRRSEN vertritt dabei eine mehr aktive, dem Kind und Jugendlichen in ermutigender Haltung zugewandte Therapie (s.S. 31 ff.).

GERHILD V. STAABS entwickelte als diagnostisches und therapeutisches Instrument den "Sceno-Test". RICHTER beschäftigte sich erneut mit dem Problem der Familienneurose und der in Amerika entwickelten Familientherapie (ACKERMAN) (s.S. 80 ff.).

In Deutschland und Frankreich wurden Elternschulen geschaffen, im Sinne von psychohygienischen Einrichtungen (s.S. 94).

REINHARD und ANNE-MARIE TAUSCH vertreten eine nicht-direktive Kinderpsychotherapie im Anschluß an ROGERS und AXLINE (s.S. 48 ff.). In den letzten Jahren befaßt man sich auch in Deutschland vermehrt mit der "Therapie durch Verhaltensänderung" (Verhaltenstherapie) (z.B. VERA KUHLEN) (s.S. 56 ff.).

III. DARSTELLUNG VERSCHIEDENER VERFAHREN

Im nachfolgenden Abschnitt sollen einige wichtige und grundlegende Verfahren und Methoden der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen dargestellt werden.

Unterschiedliche Auffassungen über Vorgehen und Verhalten des Therapeuten in der Therapie, über die Entstehung der Verhaltensstörungen und Neurosen, über das Ziel der Therapie u.v.m. haben zur Entwicklung einer Vielzahl von Methoden geführt.

Zur klassifizierenden Beschreibung der Verfahren sind eine ganze Reihe von Begriffen geläufig, wie :

aufdeckend - zudeckend,
deutend - nichtdeutend,
direktiv - nichtdirektiv,
symptomorientiert - persönlichkeitsorientiert,
stützend - analytisch u.a. .

Eine grobe Einteilung im deutschen Sprachgebrauch ist die Differenzierung nach "zudeckenden" und "aufdeckenden" Verfahren.

SPIEL definiert :

"Aufdeckend , das heißt Hebung der intrapsychischen Konflikte (der Patient wird dazu verhalten, in sein Inneres zu blicken, seine Probleme zu sehen), heißt, die Knotenpunkte der Entwicklung rückläufig verfolgen und die Charakterstruktur dadurch ändern, daß ihre Entwicklung noch einmal durchlebt wird.

Zudecken würde heißen, Symptome durch bestimmte Manipulationen, ohne auf ihren Grund zu gehen, aus der Welt zu schaffen; hierher gehören suggestive Methoden, das autogene Training, die Persuasion und Hypnose - und die landläufige erzieherische Betreuung " (SPIEL, 1967, S. 34).

Repräsentanten der ersten Gruppe von Verfahren wären die psychoanalytischen Methoden und ihre Variationen.

LANGEN kritisiert diese Begriffe :

" Diese Gegenüberstellung verabsolutiert den analytischen Prozeß, als ob das Wesentliche der Therapie im Aufdecken oder Sichtbarmachen läge, und enthält eine Wertung. Die Bezeichnungen stützende und analytische Therapie aber bleiben deskriptiv und wertneutral " (LANGEN, 1971, S. 96).

Eine ganz andere Gliederung der therapeutischen Maßnahmen beschreibt SPIEL :

1. Evolutionsfördernde Maßnahmen,
2. Progressive Maßnahmen,
3. Repressive Maßnahmen,
4. Transformierende Maßnahmen (SPIEL, 1967, S. 33).

SCHRAML (1969¹, S. 66 ff.) hält die oben genannte Gliederung für zu grob und stellt fünf weitere Kriterienpaare vor, die eine bessere Beschreibung und Unterteilung der einzelnen psychotherapeutischen Methoden möglich machen soll. Dabei ist er sich im klaren darüber, daß sich die Geltungsbereiche einzelner Kriterien überschneiden und daß eine Zuordnung für einige Methoden nicht leichtfallen wird. Hier die fünf Kriterienpaare von SCHRAML :

1. symptomorientiert - persönlichkeitsorientiert,
2. aktuell-präsentisch - biographisch-historisch,
3. individuell - sozial,
4. aktiv-direktiv - passiv-nichtdirektiv,
5. Deutung von : Interaktionen - Produktionen
ja - nein.

In einer tabellarischen Übersicht ordnet er die verschiedenen Verfahren den 10 Kriterien zu, wobei die jeweilige Ausprägung

der Kriterien nach drei Intensitätsgraden vermerkt wird
(+, ++, +++).

In einem Auszug aus dieser Tabelle sollen die Methoden gezeigt werden, die für die Kinderpsychotherapie von Bedeutung sind und die auch nachfolgend genauer beschrieben werden sollen
(Tabelle s.S. 12).

Man sollte sich darüber klar sein, daß es sich hierbei nur um den Versuch einer Systematik der Therapieformen handelt, die keinen endgültigen Charakter hat.

(Mit * sind Zusätze des Autoren in der Tabelle gekennzeichnet.)

Vor der Erörterung der einzelnen Verfahren sollten noch auf eine Gemeinsamkeit der verschiedenen Methoden hingewiesen werden. SPIEL (1967, S. 35 ff.) unterscheidet beim Verlauf der Therapie fünf Phasen, ganz gleich um welche Therapieform es sich handelt :

1. Kontaktaufnahme, Herstellung einer Beziehung,
2. Hilfe und Entlastung gewähren, Therapeut als Verbündeter des Patienten (wird nicht von allen Therapeuten anerkannt *),
3. therapeutische Arbeit am inneren Gefüge des Patienten,
4. Belastung und Training des Erreichten,
5. Ablösung und Verselbständigung des Patienten.

(* Zusatz des Autoren)

Es sei erwähnt, daß sicher nicht alle Theoretiker der Kinderpsychotherapie sich mit dieser Darstellung des Therapieverlaufes einverstanden erklären würden. SPIELs Aufstellung ist als Versuch einer allgemeinen Erfassung von Therapieverläufen zu verstehen.

1. Von der Psychoanalyse ausgehende Verfahren

Diese Verfahren haben sich im direkten Anschluß an die Psychoanalyse S. FREUDs entwickelt und können als die ältesten Methoden im Bereich der Kinderpsychotherapie betrachtet werden. Sie beruhen auf den Erkenntnissen der Psychoanalyse über die frühe Kindheit, die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Bezie-

hung und die frühen zwischenmenschlichen Beziehungen sowie auf der klassischen psychoanalytischen Technik.

In der Folgezeit wurde diese Technik mehrfach variiert und den besonderen Bedingungen der Analyse und des therapeutischen Umgangs mit Kindern und Jugendlichen angepaßt.

" Zunächst sind sich wohl alle, die analytische Therapie bei Kindern und Jugendlichen betreiben * (* =Zusatz des Autors zwischen den Kommata), darüber einig, daß in der Kinderpsychotherapie.....

1. die Persönlichkeit des Analytikers eine völlig andere Bedeutung erhält als in der Erwachsenenanalyse..,
2. die Abhängigkeit des Kindes von seinen Eltern die Führung der Therapie beeinflusse..,
3. die Modifikation der Therapie je nach dem Lebensalter immer Gegenstand der Beschreibung analytischer Techniken gewesen ist....,
4., daß in den Kindertherapien neben das Gespräch das Spiel tritt.... "

(DÜHRSEN, 1971, S.239) (s.S. 1 f.).

" Die allgemeine Zielsetzung der Therapie ist natürlich für jeden Kinderanalytiker die gleiche : Man erstrebt die Auflösung von Ängsten und Verdrängungsreaktionen, die bessere Verarbeitung der Antriebs- und Impulswelt und eine Klärung in der Position zu den Eltern, bessere Realitätsanpassung, tragfähigere Gefühlslage usw.. Trotzdem werden die therapeutischen Mittel, die zu diesem Ziel zur Verfügung stehen, sehr verschiedenartig beurteilt und auch die Reaktionen des Kindes nicht gleichsinnig gedeutet " (DÜHRSEN, 1971, S. 241).

Zunächst seien die Methoden und Techniken von ANNA FREUD und MELANIE KLEIN dargestellt, die als bedeutende Vertreter der frühen Kinderpsychotherapie zu gelten haben.

a) Auffassungen und Technik von ANNA FREUD

Im Rahmen der zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten nimmt A. FREUDS Erstlingswerk "Einführung in die Technik der Kinderanalyse" (1927) (4.Aufl. 1966) eine hervorragende Rolle ein. Diesem soll weitgehend in der Darlegung ihrer Technik gefolgt werden soll.

Entgegen den Theorien von M. KLEIN (s.S. 16 ff.) ist A. FREUD nicht der Meinung, daß jede Störung der geistigen und seelischen Entwicklung eines Kindes durch eine Analyse be-

hoben oder gebessert werden könne. Oft sei sie zu aufwendig oder zu schwierig, in anderen Fällen leiste sie zuwenig. Erstes und wichtigstes Problem ist für A. FREUD die unbedingte Herstellung der Analysefähigkeit des Kindes. Dem Kind fehlt alles, was in der Analyse der Erwachsenen als wichtige und unentbehrliche Voraussetzung gilt :

die Krankheitseinsicht, der freiwillige Entschluß und der Wille zur Heilung.

Mit einigen Beispielen macht sie deutlich, auf welche Art und Weise es ihr möglich war, eine Analysierbarkeit bei Kindern hervorzurufen :

1. Sie verbündete sich mit einem Teil des "Ichs" gegen ein anderes und gab der Patientin ein Heilungsversprechen. Krankheitseinsicht wurde durch Konflikteinsicht ersetzt.
2. Sie schlich sich nach und nach in das Vertrauen ein, indem sie sich den Launen und Stimmungen des Patienten anpaßte. Sie wurde ein mächtiger Helfer gegen die Umwelt.
3. Sie provozierte eine Spaltung im Innern des Kindes, indem sie seine Symptome personifizierte und dem Kind als neue Person gegenüberstellte, unter der das Kind zu leiden hatte. So war Krankheitseinsicht zu erzielen.

Mit diesem Verhalten widerspricht sie bewußt den Regeln für die Technik der Analyse bei Erwachsenen (Zurückhaltung des Therapeuten, keine unsicheren Vorhersagen über Besserung oder Heilung, Freiheit des Patienten, seinen Entschluß zu unterbrechen), zeigt aber gleichzeitig, daß auch in der vorbereitenden Phase der Erwachsenenanalyse einige ganz ähnliche Situationen vorkommen können.

In einem weiteren Kapitel werden die Mittel der Kinderanalyse vorgestellt :

1. Die Anamnese muß durch Aussagen der Eltern erhoben werden, dabei sind Ungenauigkeiten und Entstellungen aus persönlichen Motiven zu berücksichtigen.
2. Die Traumdeutung bietet keinen Unterschied zur Erwachsenenanalyse, sie ist oft auch bei unintelligenten Kindern zu verwenden, die sonst ungünstige Voraussetzungen für die Analyse mitbringen.
3. Den Tagträumen und ihrer Deutung kommt eine wichtige Rolle zu, Kinder erzählen ihre Phantasien ungehemmter als Erwachsene.
4. Ein weiteres technisches Hilfsmittel ist das Zeichnen.

5. Trotz der allgemeinen Assoziationsunwilligkeit des Kindes sind provozierte oder freie Assoziationen manchmal eine Hilfe für den Therapeuten.

Großen Wert sieht sie für die Beobachtung des Kindes in der von M. KLEIN erarbeiteten Spieltechnik (s.S. 16 ff.), da ihm der sprachliche Ausdruck noch nicht so angemessen ist. Allerdings schließt sie sich nicht der Überzeugung von M. KLEIN an, daß alle Handlungen des Kindes gedeutet werden sollten.

Von unbedingter Notwendigkeit erscheint ihr eine positive Übertragung des Kindes, die sie mit verschiedenen Mitteln zu Beginn der Behandlung herbeizuführen sucht (s.S. 14).

Eine negative Übertragung ist nach ihrer Meinung eher un bequem und für die eigentliche analytische Arbeit nicht zu verwenden. Das Kind bildet nämlich genaugenommen keine " Übertragungsneurose" aus. In der Erwachsenentherapie wird darunter verstanden, daß " der Neurotiker die alten Objekte aufgibt, an denen seine Phantasien bisher festgehalten haben und seine Neurosen neu um die Person des Analytikers zentriert " (A. FREUD, 1966, S. 45).

Für das Kind sind aber die Eltern noch in Wirklichkeit als Liebesobjekte, als Spender von Befriedigung und Enttäuschung vorhanden. Es hat keinen Anlaß, seine Eltern mit dem Therapeuten zu vertauschen, während es dem erwachsenen Neurotiker Vorteile bringt, wenn er seine Phantasieobjekte gegen einen wirklichen Menschen vertauschen darf.

Der Behandler kann sich höchstens mit den Eltern Haß und Liebe des Kindes teilen.

A. FREUD hält auch den Analytiker in der Kinderpsychotherapie aufgrund seiner definierten, z.T. erzieherischen Rolle nicht für eine günstige Übertragungsperson.

Dem Analytiker stellt sich daher die Aufgabe, dort anzusetzen, wo die neurotischen Reaktionen des Kindes deutlich werden, nämlich zu Hause. Das verlangt aber eine dauernde Information durch die Eltern, genaue Kenntnis der elterlichen Reaktionsweisen dem Kind gegenüber und bringt eine Menge von praktischen Schwierigkeiten mit sich.

Freie Assoziationen und die Deutung der Übertragungsreaktionen stehen also in der Kinderanalyse kaum zur Verfügung.

In einem weiteren Abschnitt geht es ihr um die Verwendung des analytischen Materials.

Das "Über-Ich" des Kindes steht für sie noch in engem Kontakt zu den Objekten der Umwelt, denen das "Über-Ich" seine Herstellung verdankt.

Jede Störung in der Beziehung zu den Eltern erscheint daher bedenklich für den Charakteraufbau und die Moral des Kindes. In diesem Tatbestand sieht A. FREUD somit den wichtigsten Unterschied zwischen der Analyse des Kindes und des Erwachsenen. " Die Kinderanalyse ist überhaupt keine private Angelegenheit mehr, die sich ausschließlich zwischen zwei Personen, dem Analytiker und seinem Patienten abspielt... " (A. FREUD, 1966, S. 58).

Da sich die häusliche Situation des Kindes im Verlaufe der Analyse kaum ändern wird, " muß es dem Analytiker gelingen, sich für die Dauer der Analyse an die Stelle des Ich-Ideals beim Kinde zu setzen, er darf seine analytische Befreiungsarbeit nicht früher beginnen, ehe er sich nicht versichert hat, das Kind in diesem Punkte völlig beherrschen zu können" (A. FREUD, 1966, S. 60).

Bei Verständnis und Entgegenkommen der Eltern ist eine Zusammenarbeit und eine Teilung der erzieherischen und analytischen Faktoren in Haus und Analysestunde möglich.

So bemerkt sie auch zur Indikation zur Kinderanalyse, daß sie eigentlich nur dort angeraten ist, wo sich das Kind nach der Analyse in ein analytisches Milieu und in eine analytische Erziehung überführen läßt.

Drei Möglichkeiten sind nach Meinung von A. FREUD für die Kinderanalyse gegeben :

1. Es sind ganz andere Charakterveränderungen möglich als bei Erwachsenen.
2. Die Beeinflussung des Über-Ich.
3. Die Anpassung der Umgebung an das Kind kann versucht werden.

Dabei kann nach ihrer Überzeugung die Arbeit des Kinderanalytikers niemals nur eine analytische sein, sondern sie ist immer auch eine pädagogische (A. FREUD, 1966, S. 77).

b) Die psychoanalytische Spieltechnik von MELANIE KLEIN

M. KLEIN, neben A. FREUD die zweite bedeutende Kinderanalytikerin in den Anfängen der Kinderpsychotherapie, vertritt

andere grundlegende Theorien. Nach ihren Beobachtungen ist auch beim Kind die Entwicklung einer "Übertragungsneurose" durchaus möglich. Eine der Erwachsenenanalyse adäquate Methode soll zur Anwendung kommen, die ohne pädagogische Beeinflussung bleibt und auch die negativen Übertragungen auf den Therapeuten voll analysiert.

Ausgangspunkt für die Erarbeitung der Spielanalyse war die Feststellung, daß Kinder im allgemeinen kein Krankheitsgefühl haben, ihre Realitätsbeziehungen noch schwach sind und verbale Assoziationen nur sehr unvollkommen zu erhalten sind. Aber auch schon das kleine Kind steht unter dem Druck des Schuldgefühls. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die Analyse.

" Das Kind bringt durch das Spiel Phantasien, Wünsche und Erlebnisse in symbolischer Form zur Darstellung " (M.KLEIN, 1971, S. 19).

Bei der Deutung dieser Darstellungen soll so vorgegangen werden wie in der Traumarbeit. Die Handlungen des Kindes (das Agieren) sind an Stelle der Worte beim Erwachsenen zu sehen.

" Die konsequente Deutung, die schrittweise Auflösung der Widerstände und das stete Zurückführen der positiven und negativen Übertragungen auf frühere Situationen führt auch beim Kinde zur vollen Herstellung der richtigen analytischen Situation " (M. KLEIN, 1971, S. 24).

Grundsätzlich hat die Spielanalyse nach ihrer Meinung die gleichen Wirkungen wie die klassische Technik.

Sie verwendet eine ganze Reihe von kleinen Spielzeugen, die für jedes Kind in einer Schublade verschlossen gehalten werden (vgl. Sceno-Test, S. 116).

" Die Kleinheit, die Anzahl und Verschiedenartigkeit der Gegenstände ermöglicht eine überaus große Reichhaltigkeit der Darstellung, ... " (M. KLEIN, 1971, S. 43).

Für die F r ü h a n a l y s e ist von Bedeutung, daß sich der Analytiker Vorinformationen über den Sprachgebrauch des Kindes einholt. Die Haltung des Therapeuten sollte durch freundliche Zuwendung und gleichzeitige Zurückhaltung gekennzeichnet sein. Wichtig ist die Sicherheit im Erfassen des analytischen Materials und die Unerläßlichkeit der sofortigen Deutung. Die Deutung muß in der gegenständlichen Art erfolgen, in der Kinder denken und sprechen. Nach M. KLEIN sollte man

aber vor tiefgehenden Deutungen nicht zurückschrecken und die intellektuellen Fähigkeiten des Kleinkindes nicht unterschätzen.

Die Deutung ist ein Mittel zum Abbau der Angst und der Angst-anfälle sowie der negativen Übertragung, sie fördert ein freieres Spiel, neues Material und führt zu einer Verbesserung der Realitätsbeziehungen (deutlich durch geringere Erziehungsschwierigkeiten). Sie löst Fixierungen und macht Fehlentwicklungen rückgängig.

Im L a t e n z a l t e r bieten sich besondere Schwierigkeiten für die Analyse. Das Kind dieser Altersstufe hat eine viel geringere Phantasietätigkeit als das kleinere Kind, aber noch keine Krankheitseinsicht und keinen Heilungswillen; dazu kommen vermehrtes Mißtrauen und Verslossenheit.

Die Spiele dieser Kinder sind der Realität und dem Rationellen mehr angepaßt, es sind häufig Rollenspiele. Dabei ist es Aufgabe des Therapeuten sich je nach Fall mehr deutend oder mehr mitagierend zu verhalten. (M. KLEIN, 1971, S. 78).

Das Verhältnis zu den E l t e r n (s.S. 89 ff.) stellt ein weiteres Problem der Analyse des Kindes dar. Im Gegensatz zu A. FREUD sieht M. KLEIN die unterstützende Aufgabe der Eltern darin, die Analyse äußerlich und innerlich möglichst wenig zu stören. Sie schafft ein gewisses Vertrauensverhältnis zu den Eltern des Kindes, gibt aber nur allgemeine Mitteilungen über die Wirkung und den Sinn der Analyse. Sie lehnt es von vornherein ab, den Eltern Einzelheiten aus der Analyse zu berichten. Eine Behandlung zu Hause hält sie für schlecht, da nur in einer gänzlich neuen Umgebung und Situation eine Übertragung voll gegeben ist. Sie fordert auch die Eltern auf, Analyse und Erziehung vollkommen auseinanderzuhalten, damit die Analyse tatsächlich zu einer Angelegenheit zwischen Patient und Analytiker wird (vgl. dazu A. FREUD, S. 16). Von einer Beeinflussung der Umgebung des Kindes verspricht sie sich nicht allzuviel.

Bei der Analyse im P u b e r t ä t s a l t e r sind andere Momente zu berücksichtigen. Die Triebregungen sind größer, die Phantasietätigkeit stärker und die Persönlichkeit hat andere Ziele und eine veränderte Beziehung zur Realität. Hinzu

kommt häufig eine trotzige Übertragung. Es gibt gewisse Parallelen zu der frühkindlichen Analyse.

Je nach Entwicklungsstand des Jugendlichen ist eine Flexibilität im Verhalten des Therapeuten wichtig. Die Haltung des Analytikers sollte mehr und mehr eine rein analytische sein (vgl. die Erwachsenentherapie), da auch schon in der Pubertät mehr verbale Assoziationen bearbeitet werden können. (vgl. den Abschnitt "Psychotherapie und Lebensalter", S.95 ff.).

Die dosierte Auflösung der Ängste führt zu einer Verminderung der Schuldgefühle, einer besseren sozialen Anpassung und einer Verstärkung des Verantwortungsgefühls.

Indikationen zur Kinderanalyse sind für M. KLEIN u.a. :

Stärkere Eßstörungen, Angst, Pavor nocturnus, Phobien, Schlafstörungen, Hemmungen des Normalen im Bereich von Spiel und Sport, Überlebhafteit, Lernhemmungen, Störungen des Wißtriebes, Wehleidigkeit, mangelnde Realitätsanpassung und sogenannte Unerziehbarkeit.

Ziele der Kinderanalyse sind für sie :

der Ausgleich zwischen "Über-Ich" und "Es", die Stärkung des "Ich", Regelung der kindlichen Sexualität in Richtung auf die genitale Stufe, Herabminderung der Angst sowie eine prophylaktische Wirkung in Form von Vorbeugen vor Psychosen, schweren Neurosen und Entwicklungshemmungen (M.KLEIN, 1971,S.289 ff.).

Auf die verschiedenen Theorien M. KLEINs zu den frühen Angstsituationen des Kindes, seinen Beziehungen zu Mutter und Vater sowie zu deren und der eigenen Sexualität kann im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden.

(Lit. : SEGAL, 1964)

c) Die deutungsfreie psychoanalytische Kinderpsychotherapie und die "Spaziergangsbehandlung" von HANS ZULLIGER

Auch HANS ZULLIGERs Überlegungen und Methoden gehen unmittelbar von den Erkenntnissen der FREUDschen Psychoanalyse aus. Ähnlich wie die beiden vorgenannten Autorinnen sieht er die unterschiedlichen Voraussetzungen, die sich gegenüber der Erwachsenentherapie für das Vorgehen des Therapeuten aus der besonderen Situation des Kindes ergeben.

H. ZULLIGER war Volksschullehrer in der Schweiz, und daher

war er immer an einer engen Beziehung seiner Kinderpsychotherapie zur Pädagogik und zur häuslichen Erziehung orientiert. Im Mittelpunkt seiner Überlegungen steht die Bedeutung des kindlichen Spiels. Das Spiel hat symbolische Inhalte verschiedenster Art. Aber es gibt eine ganze Reihe von anderen Gesichtspunkten, die das kindliche Spiel kennzeichnen :

".....Immerhin will ich meinen Eindruck nicht verhehlen, daß Kinderspiele eines symbolischen, psychologischen, ökonomischen und sozialen Inhalts niemals entbehren " (ZULLIGER, 1966, S. 13 ff.).

ZULLIGER hält Spiele oft für klarer als die Assoziationen der Erwachsenen, schon in der ersten Stunde könne man oft erraten, wo der Hauptkonflikt liegt.

Vornehmlich im selbsterfundenen kindlichen Spiel sind seiner Überzeugung nach "heilende Kräfte" geborgen, die Deutungen im psychoanalytischen Sinne unnötig machen.

Zunächst sollte sich der Behandler genau über die Milieuumstände des Kindes erkundigen, denn oft liegt darin die Ursache der Störung. In solchen Fällen ist die indirekte Behandlung von Eltern und die Verbindungsaufnahme zum Lehrer häufig von Vorteil. Im Hinblick auf die Bedeutung des Milieus und dessen Einfluß auf das Kind, weist ZULLIGER darauf hin, daß Kinderpsychotherapie eher eine sozialpsychologische als eine medizinische Angelegenheit sei. Eltern- und Familienneurosen müssen mit in Betracht gezogen werden.

Der Therapeut soll sich mit jedem Kind identifizieren, wobei es sich nicht um eine unbewußte, sondern gewollte, zielgerichtete und selbstkontrollierte Identifikation handeln soll.

Dann ist es ihm mit angemessenen Spieleingriffen möglich, Spiele anzuregen und weiterzutreiben.

ZULLIGER verwendet bei Kindern bis zu etwa 12 Jahren eine Spieltechnik (Material ähnlich M. KLEIN, S. 17). Der Therapeut gibt sich zunächst passiv und versucht eine günstige Übertragung herbeizuführen.

" Gezielte Spieleingriffe stehen anstelle von Deutungen und verbalen Fragen an die kleinen Patienten. Mit ihnen probt der Behandler aus, ob er sich nicht vielleicht mit seinen Deutungen, die er nur sich selber macht, getäuscht habe, und mit ihnen treibt er die Behandlung weiter " (aus dem letzten ausgearbeiteten Vortrag ZULLIGERS, in BIERMANN, 1969², S. 197).

Seine Vorsicht und Zurückhaltung den Deutungen gegenüber wird

auch in anderen Zitaten betont :

" ...immer sicherer die Einsicht aufgedrängt, es sei unnötig oder gar schädlich, ein Kind nach dem Vorbild der Erwachsenentherapie durch das verbale Deuten seiner unbewußten Dynamismen zu bessern oder zu heilen; der Heilungsweg gehe durch das Kinderspiel, vorweg das Rollenspiel. Ihm mit "gleichschwebender Aufmerksamkeit" (S.S.FREUD) zu folgen, entspreche dem Verhalten des Analytikers bei den Erwachsenen, und adäquate Spieleingriffe müßten das Deuten ersetzen. Nicht das Kind braucht etwas auf dem Wege der Wortvorstellungen über sich selber zu "wissen", aber der Therapeut hat sich zu bemühen, das Unbewußte seines kleinen Patienten zu erfassen, zu "verstehen" und, entsprechend, im Spiele aktiv zu reagieren,..." (ZULLIGER, 1959, S. 27 f.).

" Es kommt bei der Behandlung nicht darauf an, daß dem Patienten etwas intellektuell "erklärt" werde, sondern, daß er etwas wiedererlebe und im Wiedererleben realitätsgerechter bearbeite, als ihm dies im Moment des Verdrängens einst gelungen war " (ZULLIGER, 1971, S. 111).

Im Laufe der Jahre hat ZULLIGER wohl seine scharfe Ablehnung der Deutungen etwas modifiziert und hält Deutungen unter bestimmten Gesichtspunkten doch für möglich :

" Zur Deutungstechnik in "Spielanalysen" ist zu sagen, daß sie vorsichtig dosiert werden muß. Es ist besser, wenn das Kind selbst zur Deutung kommt, sonst entsteht entweder etwas nur Intellektuelles daraus - dann "wissen" die Kinder alles, aber sie ändern sich nicht - oder die Deuterei wird überhaupt nicht verstanden und akzeptiert. Es gilt auch bei der Spieltechnik, die Widerstände sukzessive abzubauen und immer nur soviel zu deuten, als "vorbewußt" geworden und akzeptierbar ist " (ZULLIGER, 1966, S. 32).

Besondere Aufgabe des Therapeuten ist es, dem animistischen, magischen und totemistischen Denken der Kinder zu begegnen und in gleicher Weise zu "antworten". Dies betrachtet er als Grundlage der "deutungsfreien Spieltherapie".

Das "Ich" des Kindes soll gekräftigt werden, Selbstgefühl und Selbstwertgefühl des Kindes verstärkt und die Identifikation mit Erwachsenen gefördert werden.

ZULLIGERs Erfahrung, daß Kinderbehandlungen in der Regel schneller verlaufen als Erwachsenentherapien, erklärt er folgendermaßen : Fehlentwicklungen sind bei Kindern weniger fixiert als bei Erwachsenen, bei ihnen befindet sich alles noch im Fluß und kann deshalb leichter kanalisiert und sozial angepaßt werden.

Die größte Problematik in der Kinderpsychotherapie sieht er

darin, daß man für jeden Einzelfall abschätzen muß, welche Mittel und Methoden zu wählen oder gegebenenfalls zu erfinden sind. Schablonenhaftes Verhalten nach festgefügtten Theorien lehnt er ab.

" Nicht Theorien sind wichtig, sondern daß einem kranken Kinde geholfen wird " (ZULLIGER, 1966, S. 45).

ZULLIGER verwendet eine ganze Reihe von Tests zur psychologischen Diagnostik (s. S. 103).

Für die Heranwachsenden im Alter zwischen 12 und 16 Jahren, für die ihm weder die Spieltherapie noch die Erwachsenentherapie adäquat zu sein scheinen, empfiehlt ZULLIGER die "Spaziergangsbehandlung". Er begibt sich mit seinen jugendlichen Patienten ins Freie, unternimmt Spaziergänge durch Dörfer und Felder. " Das Besondere an der Behandlung war, daß sie nicht im Behandlungszimmer und der fast völlig begriffsmäßigen Arbeit mit Worten und Vorstellungen vorgenommen wurde, wie man dies gewöhnlich macht, sondern daß sie inmitten der realen Dinge geschah. Andernteils hatten diese realen Dinge und das Manipulieren mit ihnen einen symbolischen Sinn, der ... (vom Patienten) * (* = Zusatz des Autors) ohne Weiteres in seinem Unterbewußten erfaßt wurde " (ZULLIGER, 1966, S. 55).

Wichtig für den Anfang einer Spaziergangsbehandlung ist die Schaffung einer günstigen Übertragung; erst wenn diese vorliegt, darf der Therapeut mit der analytischen Grundregel an den Patienten herantreten, ihn dazu auffordern, Träume, Tagträume und freie Einfälle dazu zu erzählen. Diese werden dann in einem tiefenpsychologisch ausgerichteten Gespräch mit den Jugendlichen "gedeutet". Vom Therapeuten wird dabei große Sorgfalt und Geduld verlangt, denn die Gefahr ist groß, daß der Jugendliche die Behandlung abbricht. Für ZULLIGER ist die Spaziergangsbehandlung seine klassische Technik bei Jugendlichen. Er sieht aber durchaus noch andere Möglichkeiten, um mit Jugendlichen Psychotherapie zu betreiben (Mal- und Zeichentechnik, Gartenarbeit, Basteln, Küche, Fischen, Autofahren etc. als Ausgangspunkte).

Das Interesse der Jugendlichen, ihr Zutrauen und ihre Äußerungen sind zu wecken, die ein Vordringen ins Unbewußte der Jugendlichen ermöglichen.

d) Erziehungsberatung und Fürsorgeerziehung bei AUGUST AICHHORN

Wenn A. AICHHORN auch nicht direkt als Vertreter der Kinderpsychotherapie betrachtet werden kann, so soll seine Arbeit doch hier Erwähnung finden. Er war nämlich einer der ersten, welche die Erkenntnisse der Psychoanalyse im Umgang mit Kindern und Jugendlichen zur Anwendung brachten.

Sein besonderes Arbeitsgebiet waren die Erziehungsberatung und -hilfe sowie die Fürsorgeerziehung.

Daß Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen einerseits und Erziehung andererseits in sehr enger Beziehung zueinander stehen, ist leicht verständlich.

Es soll dargestellt werden, inwiefern psychoanalytische Ergebnisse das erzieherische Vorgehen beeinflussen können und welche Anforderungen nach AICHHORN an den Erzieher und Erziehungsberater gestellt werden sollten.

Während es für den bewußtseinspsychologisch orientierten Erziehungsberater nur einen Zugang über das bewußte "Ich" zu den Patienten und ihren Eltern gibt, stehen dem psychoanalytisch vorgebildeten nach AICHHORN drei Zugangswege zur Verfügung :

1. über das bewußte "Ich",
2. über das bewußte "Ich" zum "Es",
3. über das bewußte "Ich" zum "Über-Ich".

Beim Kinde erscheint es AICHHORN noch wichtiger als beim Erwachsenen, daß der richtige Zugangsweg ausgewählt wird:

Im ersten Fall, dem Zugang über das "Ich" begegnet der Berater dem Kind freundlich und unterhält sich mit ihm über seine Interessen und Erlebnisse. Er versucht sein Vertrauen zu gewinnen, ohne von den Schwierigkeiten des Kindes und dem Anlaß zur Vorsprache zu reden.

Kindern kann man sich auf dem Wege über das "Es" relativ leicht nähern, wenn man unbewußte Bedürfnisse nach Zärtlichkeit und Anlehnung befriedigen kann und sich für sie interessiert. Bei Jugendlichen ist die Situation oft schwieriger, weil eine negative Vater-Übertragung leicht erfolgt.

Beim Zugang über das "Über-Ich" ist zu beachten, daß diese Instanz sowohl beim Kind als auch beim Jugendlichen noch nicht fertig entwickelt ist und daß sie Entwicklungsschäden aufweisen kann.

Aber nicht nur für die Frage des Zugangs zu den Kindern und

ihren Eltern ist das psychoanalytische Wissen für ihn von Wichtigkeit.

Determinanten des Verhaltens müssen nach AICHHORN oft im Unbewußten gesucht werden und können von Kind oder Jugendlichen nicht direkt mitgeteilt werden. Auch die reinen Tatsachenberichte von den Angehörigen reichen zum Erkennen dieser unbewußten Vorgänge nicht aus. Sie erfordern psychoanalytische Schulung und ein erzieherisches Vorgehen, welches mit den gewöhnlichen Erziehungsmitteln wie Milde und Strenge, Lohn und Strafe nicht auskommt, sondern versuchen muß, Verankerungen eines bestimmten Verhaltens im Unbewußten zu lösen.

Daneben spielt auch die Intuition des Erziehers und Beraters eine große Rolle.

Wenn man sich bemüht, Ursachen für Erziehungsschwierigkeiten oder Verwahrlosung aufzufinden, so sind verschiedene Aspekte zu beachten. Besonders wichtig sind dabei die Ursachen für die Manifestierung der Verwahrlosung.

Ähnlich wie bei der Entwicklung von Neurosen können für AICHHORN Kindheitserlebnisse und besondere affektive Beziehungen zu den Eltern von ausschlaggebender Bedeutung für die Verursachung sein.

In seinem Vorgehen sollte der Erzieher Voreiligkeit und Oberflächlichkeit unbedingt vermeiden. Um die subjektiven Tatbestände aufzufinden und die psychische Situation zu verstehen, aus der heraus gehandelt wurde, muß sich der Erzieher ganz eindeutig auf die Seite des Verwahrlosten stellen.

" ..., dann wollen Sie überlegen, was zur Aufdeckung einer Verwahrlosungsursache gewonnen ist, wenn wir uns über den Verwahrlosten moralisch entrüsten oder auf das Empfinden jener eingehen, die sich durch ihn beeinträchtigt fühlen. Soziale, moralische oder ethische Werturteile helfen uns ebensowenig wie die Parteinahme für die Eltern " (AICHHORN, 1965, S. 64).

Der Fürsorgeerzieher steht ständig unter einem gewissen Zeitdruck. Er ist gezwungen, sich aus wenigen oder gar einer einzigen Unterredung ein Bild zu machen und möglichst rasch etwas zu veranlassen. Dadurch ist er immer mit einer Unsicherheit belastet.

Auf die von AICHHORN unterschiedenen Zugangswege zu Kind und Jugendlichen wurde bereits hingewiesen. Auf jeden Fall muß

der Erzieher seinen Zögling in eine Übertragungssituation (vgl. A. FREUD, S. 15) hineinbringen, um eine Verwahrlosung beheben zu können. Dabei ist auch zu bedenken, daß der Erzieher im Gegensatz zum Analytiker von den Kindern und Jugendlichen als behördliche Instanz gesehen wird.

Der erste Augenblick in der Begegnung mit dem Verwahrlosten ist für AICHHORN außerordentlich wichtig. Er bemüht sich, nicht Erwachsener und Autorität zu sein, sondern ein verständnisvoller Verbündeter. Sein Standpunkt zum erzieherischen Verhalten ist mit dem von ZULLIGER zu vergleichen (s. S. 21).

" (Der psychoanalytisch ausgebildete Erzieher und Erziehungsberater) * macht Unbewußtes nicht bewußt, deutet auch nicht; Sein tiefenpsychologisches Wissen gibt ihm die Möglichkeit, die Gesamtpersönlichkeit von Kindern und Eltern richtig zu erfassen und durch geeignetes Verhalten den Erziehungsnotstand zu beheben " (AICHHORN, 1972, S. 45) (* = Zusatz des Autors).

" Wirklicher Erfolg ist bei Lern- und Erziehungsschwierigkeiten, die auf nervöser Basis erwachsen, weder mit Geduld, Milde und Güte, aber noch weniger mit Strenge und Strafe zu erzielen. Solange dem Kind selbst nicht mehr bewußte Affekte unerledigt bleiben, Verankerungen im Unbewußten nicht gelöst werden, ist jedes Bemühen erfolglos " (AICHHORN, 1972, S.65).

AICHHORN sieht aber auch, daß nicht in jedem Fall psychoanalytisches Wissen zur Anwendung gebracht werden muß, sondern daß häufig auch Verstehen, Anteilnahme und Lebenserfahrung sowie die einfachen Mittel der Bewußtseinspsychologie für den Anfang ausreichen (vgl. A. DÜHRSEN, S. 34 ff.).

Erziehung ist für AICHHORN "gewaltlose Erziehung", eine Erziehung, die die dem Erzieher dem Kinde gegenüber gegebene Macht nicht mißbraucht.

Bei verzärtelten und ohne Verbote aufgewachsenen Kindern lautet die Einstellung : " Von nun an keine Leistung meinerseits ohne Gegenleistung von Dir " (AICHHORN, 1972, S. 150).

Der psychisch Kranke soll einer psychoanalytischen Behandlung zugeführt werden.

Rasche Beurteilungen und Maßnahmen sind in der Anstaltserziehung nicht unmittelbar notwendig. Der Aufbau der Übertragung kann sich erheblich langsamer vollziehen.

Welche Hilfen bringt nun aber die psychoanalytische Theorie für die Organisation eines Heimes ?

Diagnostische Momente, die aus der Psychoanalyse abzuleiten sind, können zu einer sinnvollen Gruppierung der Kinder und Jugendlichen führen (vgl. Abschnitt über Gruppentherapie, S. 74).

Auch in den Heimen sollen den Verwahrlosten Zuneigung und Liebesprämien in "lustbetontem Milieu" geboten werden, um einen "versäumten Entwicklungsprozeß nachzuholen : den Übergang von der unwirklichen Lustwelt in die wirkliche Realität " (AICHHORN, 1965, S. 130).

Die Individualität des Kindes oder Jugendlichen darf in der Heimsituation keineswegs verlorengehen, und der Erzieher muß schablonenhaftes Verhalten unbedingt vermeiden. In den Jahren vor der Pubertät sollen Erzieher und Erzieherin zusammenwirken.

Die psychoanalytische Beurteilung der Verwahrlosungsursachen und des Fehlverhaltens kann zur richtigen Berufswahl und damit zur Behebung der Verwahrlosung in manchen Fällen beitragen.

In bestimmten Situationen erzeugte Affekte (z.B. eine Form des Rollenspiels) können erzieherisch verwertet werden.

Eigentlich kann AICHHORN keine besonderen Erziehungsmittel nennen, die in den von ihm geleiteten Heimen zur Anwendung gekommen wären (vgl. WIESENHÜTTER, S. 79). Er betont hingegen, daß ein Milieu geschaffen werden muß, in dem nicht Worte und Strafen, sondern die Art der Führung zu einer Vielzahl von Erlebnissen (vgl. ZULLIGER, S. 21) bei Kindern Anlaß gibt, die die Verwahrlosung aufheben.

Erziehung soll zu einem Prozeß der Nachhilfe werden, sie soll Anregungen zur Überwindung des "Lustprinzips" und dessen Ersetzung durch das "Realitätsprinzip" (nach S. FREUD) beitragen.

Die Rolle des Fürsorgeerziehers sieht er als die eines "Ersatz-Vaters". Sein wichtigstes Hilfsmittel bei der Ausheilung der Verwahrlosten ist die positive Übertragung.

Wie er das Verhältnis von Erziehung und Psychoanalyse sieht, sei in einem abschließenden Zitat wiedergegeben :

" Wir wissen, daß ein Übermaß an Erziehung in die Neurose und

ein Zuwenig an Erziehung in die Verwahrlosung führen kann Beide, Psychoanalyse und Fürsorgeerziehung haben dieselbe Aufgabe : außerhalb der sozialen Gemeinschaft stehende Menschen in diese zu führen. Sie haben daher das gleiche Ziel, greifen aber nicht am gleichen Objekt an und verwenden nicht die gleiche Methode. Die eine hat das Zuviel an Erziehung abzutragen, die andere das Zuwenig an Erziehung nachzuholen. Daher ist die Psychoanalyse nicht durch die Fürsorgeerziehung und die Fürsorgeerziehung nicht durch die Psychoanalyse ersetzbar " (AICHORN, 1972,S. 172 f.).

e) Die Technik der Kinderanalyse bei JACQUES BERNA

Als weiterer Vertreter der analytischen Kinderpsychotherapie sei J. BERNA im folgenden Abschnitt vorgestellt. Er entwickelt seine Technik im Anschluß an ANNA FREUD (s.S. 13 ff.), sucht aber nach neuen Wegen, formuliert abweichende Auffassungen und Vorgehensweisen.

A. FREUDs Vorgehen bei der Einleitung der Analyse lehnt er ab. Abhängigkeit des Kindes und Überlegenheit des Therapeuten um jeden Preis hält er für fragwürdig und häufig nicht praktikabel.

Er empfiehlt zu Beginn ein Gespräch mit den Eltern allein (Sie sind nicht gehemmt vor dem Kind; das Kind soll nicht unbedingt alles hören; das Kind langweilt sich nicht.). Danach befaßt sich der Analytiker mit dem Kind allein, bemüht sich um eine sachliche Auseinandersetzung über die Konfliktsituation und erleichtert dem Kind seine Stellungnahme zu den Problemen mit einem Spaß oder einem lustigen Wort.

Große Bedeutung mißt BERNA einem einzigen Hausbesuch zu (nicht von allen Therapeuten empfohlen !), um den er das Kind am Ende der Unterredung bittet. Folgende Vorteile sieht er in diesen Hausbesuchen :

In der häuslichen Atmosphäre ergibt sich für den Analytiker die Möglichkeit, eine intensive Bindung zum Kinde aufzubauen.

Er kann von den Eltern verschwiegene Tatsachen aufdecken, die Lage des Kindes zu Hause und die Geschwistersituation beurteilen.

Die Stellung des Analytikers ist die eines Außenstehenden, der vorübergehend mit der Familie in Kontakt steht.

Er lehnt es ab, beim Kind einen Heilungswillen zu wecken, Hei-

lungsversprechen zu geben oder sich mit dem Kind gegen die Eltern zu verbünden. Er verlangt von dem Kind kein Versprechen, alles zu sagen und gibt keine Hilfen bei schulischen oder sonstigen Problemen (im Gegensatz dazu A. DÜHRSEN, s.S. 36).

Schwierigkeiten und Haupthindernisse in der Analyse der Kinder stellen wohl die Haltungen und Einstellungen der Eltern und Kinder dar. Was die Kinder betrifft, so sind dies besonders Mißtrauen, Unsicherheit und Schüchternheit sowie Angst vor Aggression. Um diese Einstellungen zu überwinden, übernimmt BERNA die harmlose " Rolle des tollpatschigen Clowns " :

" Was kann die Kinder meht begeistern und wodurch können sie ihr Mißtrauen rascher aufgeben, als durch die Spässe eines Erwachsenen, der" (BERNA, 1949, S. 605).

Je nach Alter und Art des Kindes variiert er diese Rolle, tauscht gegebenenfalls die Rollen mit dem Kind; außerdem geht er mit den Kindern viel ins Freie (vgl. ZULLIGER, S. 22).

Dem Kind ist klar, daß der Analytiker spielt und ein Erwachsener ist, es weiß aber auch, daß sein eigenes Spiel nur ein Spiel und nicht Realität ist.

Das Spiel ist die besondere Kommunikationsform des Kindes zwischen magischen (unbewußten) Vorstellungen und realen (bewußten) Lebensproblemen. Mit ihm gewinnt das Kind ganz allmählich eine bewußtere Erfassung und Anpassung an die Realität. Wenn Kind und Erwachsener "echt" spielen, so wird die Mauer der Abwehr durchbrochen, und es ergeben sich die größten Möglichkeiten für Analyse und Heilung.

Nun zu den Mitteln der Kinderanalyse : BERNA glaubt, daß Kinder erst durch Phantasien des Therapeuten zu Träumen angeregt werden müssen. Traumdeutungen im Sinne von A. FREUD lehnt er ab, da die Kinder oft im Grunde nicht bereit sind, Tatsachen auf diese Weise anzunehmen. Wichtig ist, daß sich der Analytiker auf die Stufe des Kindes stellt, die Deutungsarbeit so erfolgt, daß sie das Kind ohne Widerstand aufnimmt und daher umso besser zur Überwindung der Konflikte geeignet ist.

Auch Tagträume und freie Assoziationen der Kinder können durch Phantasien des Analytikers, die dem Kind naheliegen, angeregt

werden.

Ein weiteres wichtiges Mittel ist für ihn das Geschichtenerzählen. Mit diesen Erzählungen ist eine Aktivierung der Konflikte bezweckt (vgl. S. 113).

Auch das Zeichnen beurteilt er als besonderes Ausdrucksmittel des Kindes, welches ein höheres Maß an Sublimierung verlangt als Träume oder Tagträume.

Zusammenfassend sieht BERNÄ die Rolle des Analytikers aktiver als etwa A. FREUD. Dabei handelt es sich in bestimmten Phasen jeweils um anregende Aktivitäten, die das Kind aus seiner passiven Haltung herauslocken.

Eine Übertragung im Sinne von A. FREUD oder M. KLEIN (s. S. 15 u. 17) wird von BERNÄ nicht angestrebt. Er will für das Kind eine Sondersituation schaffen, die eine frohe Kinderwelt mit Humor und Leichtigkeit darstellt. Der Analytiker vermeidet Konflikte (vgl. A.FREUD daher nur positive Übertragung, s.S. 15), indem er alles tut, um vom Kind nicht mit den Eltern identifiziert zu werden. Die spielerisch-humoristische Grundhaltung, die sich allerdings den Stimmungen des Kindes anpaßt, sieht den Analytiker als den "großen Bruder" (vgl. HÜNNEKENS u. LANGEN, S. 98). Die Handlungen, Symptome und Träume des Kindes werden nicht gedeutet, um Widerstände zu vermeiden und mangelnde kindliche intellektuelle Einsicht und Reflexion nicht zur Ursache einer gescheiterten Analyse werden zu lassen.

" Auf jeden Fall aber sind die kindlichen Mitteilungen, die in Spiel, Zeichnen usw. preisgegeben werden, dazu angetan, die Konflikte zum Reifen zu bringen. Alles, was der Analytiker diesen Mitteilungen entgegenbringen muß, ist Verstehen. Darum soll immer mitgespielt, mitgezeichnet, miterlebt werden, abseits jeder Erwachsenen-Vernunft oder gar Erwachsenen-Absicht " (BERNÄ, 1949, S. 615).

Im Gegensatz zu A. FREUD will er den Eltern nie die Autorität aus der Hand nehmen und überläßt ihnen die Erziehungsarbeit völlig. Er versucht nur ihr Verständnis zu wecken und keinesfalls Widerstände aus narzißtischer Kränkung zu verstärken.

In einer neueren Arbeit aus dem Jahre 1967 steht BERNÄ der Deutung in der Kinderanalyse nicht mehr so negativ gegenüber, sondern vertritt eine Ich-psychologische Deutungstechnik.

Deutungen sollen vorsichtig und dem Kind in entsprechenden kleinen Dosen gegeben werden. Zu aktive Deutungen sollen vermieden werden, um die Autonomie des Patienten nicht zu gefährden. In der Förderung der Entwicklung soll der Analytiker von seiner Funktion als Deuter etwas zurücktreten und dem Patienten helfen, zu eigenen Deutungen zu gelangen.

Dem Mitagieren im Rollenspiel steht er zumindest bei älteren Kindern (Latenzalter) skeptischer gegenüber. Das Mitagieren verleugne die Realität, hindere den Analytiker an seiner Denkarbeit und störe das Bündnis mit dem "Ich" des Kindes. Kaum aufzuhaltende Aggressionen könnten freiwerden und die "gleichschwebende Aufmerksamkeit" (S. FREUD) könne im Rollenspiel nicht zustandekommen.

Der Analytiker nimmt die Stellung eines "Hilfs-Ich" bei dieser Technik ein und verhilft dem Kind sehr vorsichtig, seine Abwehrstruktur zu verstehen.

BERNA sieht

" keine Ursache für eine verschiedene Grundhaltung oder eine andere Technik. Man kann die Kinderanalyse entlang den Linien des erwachsenen Modells führen, und die notwendigen Konzessionen betreffen nur den Gebrauch des Spiels, die freiere Bewegung und die geringe Verschiebung der Grundregel als therapeutisches Bündnis mit dem Kind " (BERNA, in BIERMANN, 1969^c, S. 332).

f) Kinderanalyse aus der Sicht der analytischen Psychologie von C.G. JUNG

Als ein Vertreter dieser Richtung soll hier kurz die Auffassung von M. FORDHAM wiedergegeben werden.

C.G. JUNG hat eine Theorie entwickelt, die behauptet, daß das sogenannte "kollektive Unbewußte" charakteristische "archetypische Formen" enthält. Parallelen dazu finden sich in ethnologischen und mythologischen Bildern. Das Kind wächst in der Entwicklungszeit in das kollektive Leben hinein. Eltern, andere Kinder und Lehrer stehen als äußere Einflüsse in Beziehung zum Kind.

In der zweiten Lebenshälfte vollzieht sich der Prozeß der In-

dividuation, der für die Introjektion der archetypen und kollektiven Kulturformen verantwortlich ist. Eine fortschreitende Selbstverwirklichung versetzt den Menschen in die Lage, sich zu einer eigenen individuellen Haltung gegenüber der Gesellschaft durchzuringen.

Die Auffassung einer kollektiven und "objektiven" Psyche führt zu der Meinung, daß

" psychosomatische Veränderungen und die Entwicklung des Kindes nicht durch die Umgebung allein bestimmt, sondern mehr und mehr von innen her durch das Kind kontrolliert und organisiert werden. Eben dieser Aspekt hat sich als eine Quelle der Inspiration und eine Anregung für die Untersuchung der Bedeutung der Kinderanalyse und Kindertherapie erwiesen." (FORDHAM, in BIERMANN, 1969², S. 170).

Für die Technik der Kinderanalyse wird in der Übertragungssituation die bedeutendste Möglichkeit der therapeutischen Beeinflussung gesehen. Weiterhin wird die Auffassung vertreten, daß in der Kinderanalyse neben die Sprache das Spiel treten müsse. FORDHAM meint jedoch, daß eine Vielzahl von Spielzeugen die Ausbildung von Übertragungsphänomenen erschweren oder sogar verhindern könnte.

Obwohl nicht von allen analytischen Psychologen akzeptiert, spricht sich FORDHAM für die Deutungstechnik aus. Nur die Deutung der Übertragung führe zu einem richtigen Verständnis des Kindes. Bei den Deutungen spielen archetype Bilder (Sonne, Regenbogen, Erde, Sintflut, Weltkatastrophe, Riesen, Hexen u.ä.) sowie mythische Phantasien die entscheidende Rolle.

Aufgabe des Therapeuten ist, sie in ihrer Bedeutung zu erkennen, die Relation von Archetypen zum Selbst und zum Ich zu beurteilen und damit zusammenhängende Übertragungen zu deuten.

Auf die Theorien über "Selbst", "Ich", "Archetypen" und ihre Beziehungen zueinander kann hier nicht näher eingegangen werden.

(Lit. : FORDHAM, in BIERMANN, 1969², S. 168 ff.)

g) Kinderpsychotherapie aus der Sicht der Neo-Psychoanalyse

Diese Richtung vertritt in Deutschland vor allem A. DÜHRSEN

(früher auch W. SCHWIDDER), deren Arbeitsweise in ihrer " Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen " (1960, 4.Aufl. 1971) niedergelegt wurde.

In der biographischen Anamnese stellt sie sich die Aufgabe, eine psychodynamische Vorgeschichte der Probleme des Kindes, eine Art Familiendiagnose und ein Bild der kindlichen Persönlichkeit zu erfassen. Hilfsmittel im Vorgehen sind Informationen aus kinderärztlicher und kinderpsychiatrischer Sicht sowie die Ergebnisse der Testdiagnostik (s. dazu S. 103 ff.).

Der Therapeut muß eine Art Familienprognose zu stellen versuchen, denn besonders bei jüngeren Kindern ist die emotionale und praktische Abhängigkeit vom Elternhaus noch sehr groß. Mit zunehmendem Alter gewinnt die Beurteilung des Kindes mehr an Gewicht. Es gilt, die emotionalen Entwicklungsmöglichkeiten der Eltern und die realen Zukunftschancen der Familie abzuschätzen und in die Prognose miteinzubeziehen.

Für die therapeutische Planung werden folgende Gesichtspunkte berücksichtigt :

1. fürsorgerrische, soziale Hilfestellung (Wohnung, Schule etc.),
2. Umgestaltung des emotionalen Milieus :
 - a) nur mit den Eltern sprechen,
 - b) sowohl mit den Eltern wie mit dem Kind arbeiten,
 - c) nur das Kind behandeln.

Beim therapeutischen Umgang mit den Eltern sind dem Behandler verschiedene Aufgaben gestellt. Bereits die erste Konsultation gilt nicht nur der Diagnose, sondern sie hat auch schon - wie der Umgang mit Kindern und Jugendlichen - therapeutische Seiten (vgl. S. 2). Man sollte die Eltern zunächst spontan erzählen lassen. Neben direkten Fragen, die die Informationen der Eltern über ihr Kind konkretisieren, verwendet ANNEMARIE DÜHRSEN als Hilfsmittel die sogenannten " Fremdschilderungen ". Es wird vermieden, plump und direkt nach seelischen Regungen zu fragen; Protest, Verstimmung und Kritik der Eltern bleiben so eher aus. Man bietet ihnen ein fremdes Lebensschicksal zum Vergleich an und zur Überlegung; im Anschluß an eine solche Fremdschilderung können die Eltern gebeten werden, über ihre eigenen Reaktionsformen nachzudenken. Es lassen sich

darán Erörterungen darüber anschließen, daß doch eine Milde-
rung oder Abänderung des Verhaltens empfehlenswert wäre.

Der Therapeut soll sich um eine Identifizierung mit der Wert-
welt der Eltern bemühen, er darf sich nicht mit dem Kind ge-
gen die Eltern identifizieren und muß auch latente eigene
Kritik (in Mimik, Tonfall, Wortwahl) am Verhalten der El-
tern unterlassen.

Grundsatz im Gespräch mit den Eltern sollte sein, neue Schuld-
gefühle oder überhaupt Ärger, Verstimmung und Erregung zu ver-
meiden. Auch in der sogenannten Beratungssituation soll bevor-
zugt eine Umstimmung der elterlichen Gefühlslage erstrebt wer-
den. Ratschläge und Empfehlungen machen nur den kleineren
Teil der therapeutischen Einflußnahme aus. Schuldgefühle, Ab-
wehrmechanismen, Irrtümer und vorgefaßte Meinungen der Eltern
sind im Gespräch zu berücksichtigen. Erläuterungen sind auf
dem Niveau der Eltern zu formulieren und konkrete, überzeu-
gende Beispiele vorzutragen. Darüberhinaus sollte der Thera-
peut ruhig auch freundliche Anerkennung, Bestätigung und Trost
geben und so zu einem Vertrauensverhältnis beitragen.

In der Erörterung des kindlichen Problems im Gespräch mit den
Eltern tritt oft ein "Circulus vitiosus" zutage. Durch die
aufgetretene Symptomatik wird eine Verschlechterung der Umwelt
(des Elternverhaltens z.B.) ausgelöst, die gegebenenfalls
die Symptomatik verstärkt. Besonders bei Enuresis, Eßstörungen,
Stottern u.ä., bei denen es sich um Störungen teilwillkürlicher
Funktionen handelt, noch deutlicher bei Leistungs- und Verhal-
tensstörungen muß den Eltern verständlich gemacht werden, daß
Strafe, Vorwurf oder Ermahnung nicht die angemessenen Erzie-
hungsmittel sind, um diese Störungen zu beheben, im Gegenteil !

Je nach Bildungsstand ist mit besonders anschaulichen Verglei-
chen das Krankheitsbild in seiner Entstehung zu erläutern, und
die Auswirkungen der elterlichen Verhaltensweisen darauf sind
zu verdeutlichen.

A. DÜHRSEN bringt je nach Fall auch Beispiele und Vergleiche
aus der Tierpflege, der Tierdressur und dem Sport. Sie spricht
mit den Eltern über deren Ausdrucksverhalten und fordert sie
auf, auch einmal tröstende Worte zu ihrem Kind zu sprechen.

Sie korrigiert Fehltritte und Mißverständnisse, bemüht sich um die unbewußten neurotischen Reaktionsformen der Eltern, um ihre Erwartungen dem Kind gegenüber und um ihre Enttäuschungen. Sie bespricht mit den Eltern ihre Urteilsbildung über das Kind sowie ihre Irrtümer und Mißverständnisse über das Erleben, die Fragen und das Ausdrucksverhalten des Kindes. Zusammenfassend gesagt, sind die therapeutischen Absichten also darauf gerichtet, in den Eltern ein möglichst hohes Maß an psychologischem Verständnis für ihr Kind zu wecken.

Bemüht sich der Therapeut um die neurotischen Reaktionsformen der Eltern, so nimmt nach DÜHRSEN das analytisch-therapeutische Elterngespräch eine Mittelstellung zwischen der mehr unterstützenden Behandlung eines Erwachsenen und der psychoanalytischen Methode ein (vgl. den Abschnitt "Umgang mit den Eltern", S. 89 ff.).

Der therapeutische Umgang mit dem Kind

Im Anschluß an die von ihr zusammengestellten Gemeinsamkeiten der analytisch orientierten Kindertherapeuten (s.S. 13) werden von A. DÜHRSEN die unterschiedlichen theoretischen Auffassungen von A. FREUD, M. KLEIN und H. ZULLIGER zu verschiedenen Aspekten der Kinderpsychotherapie wiedergegeben. Bemerkenswert ist dazu ihre Äußerung :

" Genauer gesagt, man muß sich gelegentlich fragen, ob den Unterschieden in der Theorie auch wirklich immer korrespondierende Unterschiede in der Praxis zuzuordnen sind., daß das praktische Verhalten der verschiedenen Therapeuten oft recht große Ähnlichkeiten aufweist und daß lediglich die Darstellung dessen, was getan wird, einseitig orientierte Abschnitte liefert." (A. DÜHRSEN, 1971, S. 238 f.).

Den Deutungen und Interpretationen mißt A. DÜHRSEN keine so überragende Rolle im Umgang mit den Kindern bei. Nach ihrer Meinung bringen Anteilnahme und Interesse, wissendes Verständnis, Zuspruch und Trost, Anerkennung und Lob als therapeutische Verhaltensweisen auch wesentliche innere Umstrukturierungen in Gang. Darüberhinaus empfiehlt sie aktive Ermunterung und Lenkung, Aufforderung und Rat, allgemeine Belehrung und Information als Maßnahmen des Therapeuten.

Natürlich soll der Therapeut eine vorwiegend positive Haltung

dem Kind gegenüber einnehmen, aber in jeder Therapie wird auch mit Abwehr, Mißbilligung und Kritik gearbeitet.

Im Symbolspiel sieht die Autorin eine Möglichkeit, unbewußte Konflikte des Kindes, Ängste und Phantasien mit Hilfe von analytischen Deutungen zu beeinflussen. Dabei weist sie darauf hin, daß intellektuelle Einsichten zweitrangig sind und vielmehr ein Gefühlsprozeß beabsichtigt ist, der eine harmonischere innere Verfassung des Patienten zur Folge hat (vgl. ZULLIGER, S. 21, AICHORN, S. 26).

Das therapeutische Vorgehen beim Deuten und Interpretieren soll in einer gradmäßigen Abstufung erfolgen :

1. indirekte Anspielungen in Form von Fremdschilderungen,
2. halbe Deutungen und Andeutungen in Frageform
" Vielleicht geht es Dir ähnlich ? ",
3. Aufforderung, im gleichem Zusammenhang über sich nachzudenken.

Das Symbol- und Rollenspiel gibt Aufschluß über die Auseinandersetzung des Kindes mit sich selbst und seiner Umwelt.

Zum "Agieren" des Kindes im Spiel meint sie, daß die Betätigung bestimmter Impulse noch nicht bedeutet, daß primäre Verdrängungen zur Lösung kommen. Sie nimmt an, daß sich die Therapie mehr um die komplizierten Motive und Gefühle bemühen sollte, die hinter der agierenden Fassade verborgen sind. Bei jüngeren Kindern empfiehlt A. DÜHRSEN das Mitagieren des Therapeuten im magisch-bildhaften Erleben des Kindes, weil dies eine größere Wirkung entfaltet als verbale Interpretationen. Das Mitagieren des Therapeuten bringt für das Kind unmittelbare und verständliche "Erklärungen", so daß das Spiel für das Kind einen stark kathartischen Effekt haben kann.

Außerdem unterstreicht sie, daß jegliche innere Stellungnahme des Therapeuten den kindlichen Impulsen gegenüber wesentliche therapeutische Effekte produziert, die Einfluß auf die innere Verfassung des Kindes haben (A. DÜHRSEN, 1971, S. 284).

Beim älteren Kind wird zunehmend die Bildersprache des Spiels in die Gesprächsform des Alltags übersetzt, wenn auch zumindest in den ersten Therapiestunden das Mitagieren zum Ausgangspunkt therapeutischer Interpretationen werden kann.

Bei diesem Mitagieren sollte zur Befreiung verdrängter Im-

pulse wie bei der Handhabung von Interpretationen immer von der "Lücke" her der Anfang gemacht werden. Damit ist der Bereich im kindlichen Erleben gemeint, der nicht unmittelbar mit Konflikten und verdrängten Impulsen in Zusammenhang steht.

A. DÜHRSEN betont, daß in der Kinderpsychotherapie nicht auf die verschiedenen Möglichkeiten kindlichen Spiels verzichtet werden könnte oder sollte :

" Beschäftigungsspiele mit Materialumgang können uns zur Übung motorischer Fähigkeiten und zur Übung der Sinnesfunktionen verhelfen. Alle Lernspiele sind geeignet, um Leistungsstörungen des Kindes günstig zu beeinflussen. Die spontane Gestaltungsfähigkeit des Kindes entfaltet sich bereits am Materialumgang, sein inneres Erleben bekundet sich in jeder Form des Theater- und Rollenspiels. Die Auseinandersetzung mit der Gruppe oder der Gemeinschaft bei allen Regelspielen ist eine unschätzbare Hilfe für den Therapeuten. Die spielerische Befriedigung von Leistungs- oder Besitzwünschen kann in den Therapien eine große Rolle spielen " (A. DÜHRSEN, 1971, S. 255) (Unterstreichungen durch den Autor).

Im Anschluß an Spielinhalte sind in Kinderanalysen Gespräche über weltanschauliche Probleme, über Geburt, Leben und Tod relativ häufig. Daneben gibt es auch eine Vielzahl von informierenden Gesprächen über Kindergruppen, Freundschaft, Kameradschaft und Kontakt.

Traummaterial verwendet A. DÜHRSEN selten zur Entwicklung einer Kindertherapie, hält sich aber dann an S. FREUDs Empfehlungen zum Umgang mit den Träumen Erwachsener.

Bei der Therapie von Schulschwierigkeiten, Lern- und Leistungsstörungen können die Lernhilfen des Therapeuten sehr spezifisch und am Lernstoff selbst orientiert sein. Neurotische Ängste und Selbsttäuschungen über vorliegende Kenntnisse und Arbeitsvollzüge müssen abgebaut werden. Neurotischer Lernprotest ist nur zu beseitigen, wenn der zugrundeliegende Konflikt ausreichend bearbeitet wird.

Der therapeutische Umgang mit Jugendlichen

A. DÜHRSEN stimmt mit der Aussage der übrigen Literatur überein, daß die Therapie der Jugendlichen bei weitem schwieriger ist als die Behandlung von Kindern und Erwachsenen.

Andererseits bietet die Psychotherapie in diesem Lebensalter aber auch besondere Chancen, da in dieser Zeit oft lebenswich-

tige Entscheidungen getroffen und vorbereitet werden.

Verschiedene Grundhaltungen der jugendlichen Patienten sind von Anfang an zu berücksichtigen :

Opposition oder Identifikation mit der Familie,
depressiv resignative Einstellung,
Ängstlichkeit, allgemeine Gehemmtheit und Schüchternheit,
überbereitwillige Zuverlässigkeit,
Ressimenthaltung und Verbitterung,
Heimtückereaktion,
Neid und Konkurrenzhaltung.

Folgende Symptombilder bestimmen das therapeutische Vorgehen :

Psychosomatische Krankheitsbilder,
depressive Verstimmungen mit suicidalen Tendenzen,
Zwangsercheinungen,
Leistungsstörungen,
Verwahrlosungsreaktionen,
Perversionen.

Allgemeine Probleme in der Gesprächsführung mit Jugendlichen sind die verbreitete Gesprächsunwilligkeit, mangelnde Krankheitseinsicht und schwierige Kontaktaufnahme. Die Erwachsenenanalyse kann man nicht ohne weiteres auf die Behandlung der Jugendlichen übertragen. Im Vordergrund steht als therapeutisches Instrument das Gespräch, denn auch die gemeinsame Aktion der Kindertherapie kann nur in engen Grenzen benutzt werden.

Beim Jugendlichen treten die oben bereits bei der Kinderpsychotherapie erwähnten verschiedenen Stellungnahmen des Therapeuten viel deutlicher hervor. Sie seien hier noch einmal genannt :

Anteilnahme, Verständnis, Anerkennung, Lob, Ermunterung, Aufforderung zu bestimmten Aktionen, Mißbilligung, Kritik, Information, Rat und Empfehlung.

Das besondere Interesse für die Auseinandersetzung mit sachlicher Information und für allgemeine Weltorientierung bietet bei den jugendlichen Menschen die Möglichkeit zum Abbau von Abwehrhaltungen und zur Einleitung der Therapie. In der Folgezeit kann dann das Interesse für die eigene Problematik geweckt werden.

Information und Orientierung lassen - im Gegensatz zu Rat-schlägen und Empfehlungen - den Jugendlichen die Wahl zum eigenen Entschluß.

Die therapeutischen Eingriffe im Gespräch bewegen sich von

neutral orientierender Information über anteilnehmende Ermunterung bis zu aktiver, direkter Hilfestellung in kritischen Lebenslagen (Berufswahl, Liebesabenteuer).

Neben Information, Orientierung und Beratung kann der Therapeut den Jugendlichen aber auch Hilfe bringen, indem er ihnen Erläuterungen und Informationen über sich selbst gibt. Dieses Vorgehen rückt sehr nahe in den Bereich spezifisch analytischer Techniken. Ein wichtiges Hilfsmittel ist auch hier der Ausgang von der "Lücke", außerdem werden Fremdschilderungen den Patienten angeboten. Darüberhinaus sind die analytisch orientierten Stellungnahmen des Therapeuten zu den Meinungsäußerungen, Handlungen und Plänen des Jugendlichen die wichtigsten therapeutischen Instrumente (s.S. 99).

Bei der Therapie von Jugendlichen ist eine große Variabilität in bezug auf die Zeitdauer und die Frequenz der Therapiestunden vornehmlich in der Einleitungsperiode sehr wichtig.

Dem therapeutischen Gespräch sollte eine etwas beiläufige Form gegeben werden; große Vorzüge bietet dabei in den Augen von A. DÜHRSEN das Ping-Pong-Spiel, welches nebenher durchaus noch ein Gespräch gestattet, aber die Gesprächspausen nicht unangenehm werden läßt.

Die Erfolgchancen erhöhen sich in der Therapie deutlich, wenn Jungen von männlichen Therapeuten und Mädchen von weiblichen Therapeuten behandelt werden (s.S. 89).

Informationen über die Therapie sollten nur mit der Einwilligung der Patienten und nur in besonderen Situationen an die Eltern gegeben werden.

Für die Erstkonsultation empfiehlt A. DÜHRSEN, zunächst mit dem Jugendlichen allein, danach mit den Eltern und eventuell in einem dritten Schritt noch einmal mit dem Jugendlichen über die neuen Informationen zu sprechen. (s.S. 106).

h) Die soziologisch orientierte Kinderanalyse von J. SCHWARZ-MANN

Als letzte Vertreterin der analytisch ausgerichteten Kinderpsychotherapie sei JULIA SCHWARZMANN mit ihrer soziologisch orientierten Kinderanalyse genannt.

Sie geht davon aus, daß das Kind nach einer herkömmlichen Spieltherapie - selbst nach Lösung seiner Konflikte - nicht in der Lage ist, seine Umwelt umzugestalten wie ein Erwachsener. Somit ist weiter die Gefahr gegeben, daß neue, wenn auch vielleicht anders wirkende pathogene Konflikte entstehen.

Mangelnde und traumatische Mütter- und Eltern-Beziehungen sind häufig die Ursache für die Schwierigkeiten der Kinder.

Als Konsequenz aus diesen Einsichten soll daher eine kombinierte analytische Arbeit mit Kind und Eltern gleichzeitig erfolgen, und zwar mit Wissen des Kindes.

Für den therapeutischen Umgang mit den Müttern sind folgende Aspekte zu beachten (s. auch S. 89 ff.) :

- volle Akzeptierung der Mütter und Kinder,
- Vermeidung von Schuldgefühlen,
- Ausschluß mütterlicher Unterlegenheitsgefühle,
- Hilfe zur Schaffung einer adäquaten seelischen Umgebung,
- Anamnese der Mutter.

Die Therapie wird beendet, ehe alle Symptome des Kindes verschwunden sind, um der Mutter zu verdeutlichen, daß nicht der Therapeut das Kind heilt, sondern, daß sie selbst dem Kind eine adäquate und notwendige Umwelt schaffen kann. Die Mutter soll nun selbst ihr Kind weiterführen und zu einer besseren Beziehung zu ihrem Kind finden. Zur Unterstützung wird die Mutter noch gelegentlich allein beraten.

Ausgangspunkt für den Kinderanalytiker ist jeweils das aktuelle mütterliche Normen- und Wertsystem. An ihm vollziehen sich Identifikation und Gewissensbildung des Kindes in Relation zum jeweiligen Kulturkreis und zur gegebenen Gesellschaftsschicht.

Auf der Grundlage des Sich-Bestätigt-Fühlens können in der Zusammenarbeit mit dem Therapeuten die mütterlichen Norm- und Wertvorstellungen weiterentwickelt und nach und nach ein geeigneteres Identifikationsobjekt für das Kind geschaffen werden.

Durch diese Art der Psychotherapie kommt die innere Entwicklung der Mutter nicht nur dem offiziell schwierigen Kind, sondern auch den anderen Kindern in der Familie zugute.

(Lit. : SCHWARZMANN, 1956; in BIERMANN, 1969², S. 692 ff.)

2. Stützende Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychotherapie

Zu diesen Verfahren sollen hier die Suggestion, die Hypnose und das autogene Training gezählt werden.

Sie werden gern als "zudeckende" Methoden den analytischen aufdeckenden Therapien gegenübergestellt. Man bezeichnet sie auch als "pragmatische" (SCHULTZ-HENCKE, 1965; BIERMANN, 1969²), "magische" (JORES, 1955) und "aktiv-klinische" Verfahren (J.H. SCHULTZ, 1963) oder stellt sie als "kleine Psychotherapie" der "großen" analytischen Therapie gegenüber.

J.H. SCHULTZ gebraucht auch den Terminus "organismisch", um auszudrücken, daß sich die Methoden an die psychophysische Ganzheit des Organismus wenden. SCHRAML (1969¹) empfiehlt die Bezeichnung "physiotrop", um hervorzuheben, daß sich der Therapeut direkt an körperliche Regulationssysteme richtet.

LANGEN (1971) bezeichnet mit dem übergeordneten Begriff der "stützenden" Verfahren solche,

"bei denen stützende Haltungen des Arztes, bzw. eine Ichstützung, ganz im Vordergrund stehen, auch wenn noch unbekannte und nicht klar diagnostizierte Bereiche im Patienten vorhanden sind" (LANGEN, 1971, S. 96).

(Zur terminologischen Problematik s.S. 9 ff..)

DIESING (in BIERMANN, 1969²) weist darauf hin, daß heute nicht mehr die Frage der Überlegenheit oder Qualität der einen oder anderen Methodengruppe im Vordergrund steht. Es geht vielmehr um die Abgrenzung der Indikationsgebiete und um die praktische Anwendung. DIESING gibt folgende Einordnung der stützenden Verfahren:

"Die aktiv-klinischen Verfahren nehmen zwischen der analytischen Arbeit und der somatischen ärztlichen Therapie gewissermaßen eine Mittelstellung ein. Dies gilt bezüglich des Zeitaufwandes und hinsichtlich der Möglichkeit unmittelbarer Einflußnahme auf den psychischen wie auf den somatischen Bereich" (DIESING, in BIERMANN, 1969², S. 525).

Die Verfahren haben alle das Moment der Suggestion (Fremd-, Auto-) gemeinsam, jedoch ist nach DIESING darauf allein ihre Wirkung nicht zu beschränken. Auch Hypnose und autogenes Training ermöglichen durch Übungseinflüsse, Selbsterfahrung und die Verminderung emotionaler Spannungen Effekte auf die Per-

sönlichkeitsdynamik. Zur Einschätzung und zum Einsatz dieser therapeutischen Momente werden vom Therapeuten psychoanalytische Kenntnisse verlangt.

Wie auch für die psychoanalytischen Methoden, so gilt auch hier die Notwendigkeit, im Anschluß an die Entwicklung der Verfahren für Erwachsene, kindgemäße Formen für die Therapie zu finden. Außerdem sind die psychodynamischen Begleiteffekte auf das Sozialgefüge zu berücksichtigen, von dem das Kind stärker abhängt als der Erwachsene.

Suggestionsbehandlung

" S u g g e s t i o n ist ein Beeinflussen des Denkens, Fühlens, Wollens oder Handelns eines anderen Menschen unter Umgehung seiner rationalen Persönlichkeitsanteile auf der Grundlage eines zwischenmenschlichen Grundvollzuges, der zur affektiven Resonanz führt " (STOKVIS und PFLANZ, 1960, in LANGEN, 1971, S. 97) (Sperrung durch den Autor).

Grundsätzlich gelten diese Verhältnisse auch für das Kind. Vom 3. - 4. Lebensjahr an wird dem Kind mit Sicherheit Suggestibilität zuerkannt (Beispiele : "Gesundpusten", Suggestionen bei der Einnahme von schlechtschmeckenden Medikamenten). Generell wird dem Kind eine vermehrte Suggestibilität zugesprochen (schwaches Individualitätsbewußtsein, mangelnder Realitätssinn, starke Gebundenheit an die Autorität, Abhängigkeit von Erwachsenen).

LANGEN schreibt : " Kinder sind sehr suggestibel und nur wenig hypnotisierbar " (LANGEN, 1971, S. 103). DIESING (in BIERMANN, 1969², S. 527) betont aber, daß die Suggestibilität des Kindes in der Entwicklung gewissen Schwankungen unterworfen ist. Für die ärztliche Suggestion erscheint daher die entwicklungsspezifische soziale Beziehung zwischen Arzt und Kind besonders wichtig.

Individuelle Unterschiede in der allgemeinen Suggestibilität sind natürlich vorhanden. Bei sozialen Beziehungsstörungen kann sie vermindert sein. Bei überängstlichen, infantilen und elterngebundenen Kindern kann sie vermehrt sein.

Wie auch beim Erwachsenen, so nimmt die larvierte Form der ärztlichen Suggestion einen breiteren Raum ein als die offene Form. Es handelt sich dabei um die Einflußnahme über Hilfs-

mittel wie Medikamente oder medizinische Scheinmaßnahmen. Die Placebowirkung von Medikamenten ist auch bei Kindern zu beobachten. DIESING z.B. (in BIERMANN, 1969², S. 528) berichtet über Erfolge bei der Therapie der Enuresis. Andererseits kann es bei elterlicher Ablehnung von Medikamenten sogar zu suggestiv hervorgerufenen Nebeneffekten kommen, die man verallgemeinernd als "negativen Placebo-Effekt" bezeichnet.

Außerdem ist ein sogenannter "soziotroper Effekt" bei Medikamentengabe zu berücksichtigen. Man versteht darunter die psychologische Beeinflussung der Angehörigen des Patienten, die zu einer Verbesserung des Beziehungsgefüges zwischen Eltern und Kind führt und somit ein von der Beziehung abhängiges Symptom verschwinden lassen kann.

Drastische Maßnahmen als larvierte Suggestionen (Injektionen, Tonsillektomien u.ä. ohne zwingende Indikationen) lehnt DIESING aus ethischen und psychologischen Gründen ab.

In den zwanziger Jahren wurde von POTOTSKY (1924) die "Milieusuggestionenbehandlung" vorgeschlagen, bei der es sich bereits um eine Art kindgemäßen hypnotischen Vorgehens handelt.

Indiziert scheint die Suggestion vorwiegend bei funktionell-somatischen Beschwerden sowie fremd- und randneurotischen Symptomen (J.H. SCHULTZ, 1963).

Wenig Aussichten hat die Suggestionenbehandlung bei :

sozialen Anpassungsstörungen, cerebral bedingter Unruhe, bei Ausfällen durch Hirnschäden, bei Gewohnheitsmechanismen, ferner bei Sprachfehlern, speziell Stottern, bei Enkopresis sowie der primären Enuresis, bei der Reifungsverzögerungen, kernneurotische Persönlichkeitsentwicklungen oder auch andere somatische Ursachen vorliegen können.

Hypnose-Behandlung

Obwohl die Hypnose in der Erwachsenentherapie durch die Arbeiten von STOKVIS und J.H. SCHULTZ in den letzten Jahrzehnten (auch in den USA) wieder an Boden gewonnen hat, fand sie in der Kinderpsychotherapie keinen breiten Eingang.

" H y p n o s e " ist ein durch affektive Faktoren hervorgerufener Zustand einer (oftmals geringen) Senkung des zuvor eingegangenen Bewußtseins, in dem eine Regression der

Grundfunktionen der Persönlichkeit (Denken, Fühlen, Wollen) sowie der körperlichen Funktionen eintritt. Die Einsicht in die reale Situation geht dagegen höchst selten verloren. Die Reaktionsweise bleibt dem Hypnotisierten in der Hypnose fast immer bewußt (STOKVIS und LANGEN, 1965, S. 10).

Besonders wichtig ist bei der Hypnose die Beziehung von Hypnotherapeut und Hypnotisand. Es handelt sich dabei weder um eine partnerschaftliche noch um die abwartende Haltung des Analytikers von seiten des Hypnotisators, sondern er hat eine mehr autoritäre Stellung, die den Hypnotisanden in eine passiv-unselbständige Haltung versetzt. Der Therapeut ist damit in einer der Elternrolle vergleichbaren Situation. Daher erscheint die erstrebenswerte Lösung eines Kindes aus einer starken, die Symptomatik bedingenden Elternbindung durch das hypnotische Vorgehen eher behindert. Dies ist der Grund dafür, daß STOKVIS die Hypnose bei Kindern nur in Ausnahmefällen empfiehlt. Aufdeckende psychotherapeutische Verfahren seien beim kindlichen und jugendlichen Drang zur Selbstentwicklung, zur Selbstentfaltung und Selbstverwirklichung vorzuziehen.

Die Technik der Hypnose ist ähnlich zu handhaben wie bei den Erwachsenen, wobei die Wortwahl dem Entwicklungsstand des Kindes und seinem Vorstellungsvermögen entsprechen soll. Unter sieben Jahren kommt die Hypnose wegen der Verständigungsschwierigkeiten kaum in Betracht; Kinder über zehn Jahren lassen sich am besten hypnotisieren, Mädchen etwas leichter als Jungen. Mit dem Eintritt in die Pubertät ergeben sich wieder vermehrt Schwierigkeiten aus der Abwehrhaltung gegenüber den Erwachsenen (s. Abschnitt "Psychotherapie und Lebensalter", S. 95 ff.).

Es muß berücksichtigt werden, daß die hypnotische Situation - im Gegensatz etwa zur analytischen Spielsituation - für das Kind völlig fremd ist. Daher muß das Kind erst Vertrauen zum Hypnotherapeuten gewinnen. Trotz- und Oppositionshaltungen, Angst und Konzentrationsstörungen können sich hemmend auswirken. Eine verbale Einleitung ist der Fixations- oder Faszinationsmethode vorzuziehen. Die Weckformel sollte sehr kurz sein.

DIESING (in BIERMANN, 1969², S. 532) unterscheidet drei Formen der Hypnose, welche sich als " aufdeckendes, übendes

und als zudeckendes Verfahren" verwenden läßt.

Bei den aufdeckenden Formen gibt er das "Bildstreifendenken" (vgl. "Katathymes Bilderleben" nach LEUNER, s.S. 112) und die "Hypnokarthasis" an. Als übendes Verfahren dient die Hypnose ähnlich wie das autogene Training zur Überwindung fehlerhaft erlernter Reaktionen (bedingte Reflexe). Als zudeckende Methode läßt sich die Hypnose im Kindesalter dort verwenden, wo psychisch peripher gelagerte, affektiv weniger untermauerte Symptome vorliegen.

Positiv formulierte, spezielle Suggestionen können zu einer Erweiterung der Möglichkeiten des Patienten führen, Hilfen zur Beseitigung des Symptoms und damit zur Verminderung eines sekundären psychischen Druckes beitragen.

Als Indikationen für eine Hypnose-Behandlung werden angegeben :

hysterische Symptome wie Lähmungen, Taubheit, Blindheit; ferner psychogener Tremor, Schreibkrampf, Tics, Singultus, Kardiospasmus, Schlafstörungen, Sprachfehler, Nägelkauen, seelische Hemmungen, Angstzustände, sekundäre Enuresis und andere Beschwerden. Ein weiteres Gebiet ist die hilfswaise Anwendung zur Schmerzlinderung (Zahnextraktionen, agonale Zustände).

Da die Hypnose bei Kindern eine symptomorientierte Behandlung darstellt, gibt es für sie nur beschränkte Indikationen.

Autogenes Training

Das " autogene Training " wurde als Methode von J.H. SCHULTZ aus der Hypnose entwickelt (1926). Es handelt sich dabei um ein inzwischen erprobtes und wissenschaftlich fundiertes Verfahren konzentrativer Selbstentspannung, welches in vielen klinischen Bereichen Anwendung findet.

Das hetero-suggestive Vorgehen der Hypnose soll dabei durch eine selbständige, übende und autosuggestive Erarbeitung unter ärztlicher Anleitung ersetzt werden. Mit Hilfe von bestimmten physiologisch-rationalen Übungen wird eine allgemeine Umschaltung des Patienten herbeigeführt, eine organische, leib-seelische Entspannung, in der die Suggestibilität des Patienten wie in der Fremdhypnose erhöht ist. Der Versenkungszustand verschafft Erholung, Ruhigstellung und verbessert die Möglichkeit einer Selbstregulation funktioneller

Fehlsteuerungen. Zusätzlich können nach der Erlernung der sechs Grundübungen gezielt "formelhafte Vorsätze" gefaßt werden, die infolge der höheren Suggestibilität beim Training tiefere Schichten der Persönlichkeit erfassen.

" Als durchschnittliche Leistungen des autogenen Trainings führt SCHULTZ an : Resonanzdämpfung der Affekte, vertiefte Erholung, Katalepsie, Veränderung von Sinneserlebnissen, vor allem von Schmerzerlebnissen, Gefäßregulierung, Gedächtnisleistung, vor allem Reproduktionsfähigkeit, formelhafte Vorsatzbildung und Selbstschau " (LANGEN, 1971, S. 110).

Im Unterschied zur Hypnose ist hier die Gefahr eines Abhängigkeitsverhältnisses vom Therapeuten nicht gegeben. Der Patient wird im Gegenteil eher zur Verselbständigung und Selbstentfaltung aufgefordert. Allerdings sind der Zeitaufwand und die Arbeitsleistung des Patienten größer als bei der Hypnose.

Die Technik bei Kindern lehnt sich an die der Erwachsenen an. Im allgemeinen wird die liegende Haltung bevorzugt. Die Anweisungen sollen in sachlicher und anregender, anschaulicher Weise gegeben werden, nicht lehrerhaft oder autoritär. Dazu werden von DIESING (in BIERMANN, 1969², S. 535) einzelne Übungen in mehrere Teile zerlegt und gesondert geübt. Spannung und Entspannung werden z.B. mit Hilfe von Anweisungen erfahren, die sich an die "Progressive Relaxation" von JACOBSON (1948) anlehnen.

Erst wenn das Kind eine erlebnisnahe Vorstellung von Ruhe und Entspannung gewonnen hat, geht man zur Schwereübung über. Auch ALBERTS (1970, S. 70 ff.) empfiehlt zu Beginn Bilder zur Unterstützung der Ruhevorstellung, die nach einiger Zeit nicht mehr benötigt werden. Nach DIESING müssen die ärztlichen Anleitungen in kürzeren Abständen gegeben werden als beim Erwachsenen, zu Anfang möglichst täglich. ALBERTS betont das Mitüben des Therapeuten sowie verstärkte Verbalsuggestionen zu Beginn, um die Aufmerksamkeit der Kinder besser zu fixieren. Er hält es für wichtig, sich mit den Einwänden und Berichten der Kinder eingehend auseinanderzusetzen.

Nach DIESING erlernen Kinder das autogene Training sehr schnell, da sie eine bessere Lernfähigkeit und geringere Vorurteile besitzen als Erwachsene. Die Anwendung beschränkt sich bei ihm auf die Übungen der Unterstufe.

Im Einzelfall wird die Durchführung von

1. dem Entwicklungsstadium,
2. der Persönlichkeit des Kindes,
3. den Umweltbedingungen

beeinflusst.

Kinder haben oft zuwenig Interesse an den Übungen, denn nicht der Leidensdruck, sondern der Druck der Eltern ist häufig das Motiv für den Arztbesuch. Die Fähigkeit zum selbständigen Erarbeiten, Aufgabenbewußtsein, Arbeitswilligkeit und Konzentrationsfähigkeit sind Voraussetzungen zum Erwerb der Übungen. Daher erscheint DIESING eine Anwendung unterhalb des Schulalters nicht möglich. ALBERTS hält sogar 12 - 13 Jahre für die untere Altersgrenze.

In der Pubertät zeigen sich immer wieder besondere Widerstände. Das Üben in der Gruppe Gleichaltriger bringt in dieser Situation Vorteile. Bei Jugendlichen jenseits des Pubertätsalters erscheint das autogene Training wieder sehr gut geeignet (KURTH, in BIERMANN, 1969², S. 541 ff.).

Neben entwicklungsspezifischen Besonderheiten ist die individuelle Arbeits- und Übungsfähigkeit des Kindes von ausschlaggebender Bedeutung. Bei kontaktgestörten, imbezillen oder idiotischen Kindern ergeben sich verschiedene Schwierigkeiten, die die Anwendung des autogenen Trainings einschränken oder unmöglich machen.

Um auch zu Hause ein regelmäßiges Üben zu gewährleisten, ist die Kooperation der Eltern erforderlich.

Zur Durchführung empfiehlt DIESING die Übung in kleinen Gruppen mit einer Höchstzahl von acht Kindern. Die Gruppensituation kann Ansporn zur Mitarbeit sein. Für kontaktgestörte oder konzentrationsschwache Kinder ist zumindest im Beginn die Einzelsituation vorteilhafter. ALBERTS dagegen bevorzugt immer die Einzelsitzungen, um die Intimsphäre zu wahren und die positive Übertragung zu fördern. Für viele Kinder bedeutet diese Situation erstmalige Zuwendung, Ernstgenommenwerden und echtes Verständnis. Die Übung in der Gruppe bleibt bei ALBERTS daher die Ausnahme.

Die klinischen Indikationen für das autogene Training sind:

Körperliche Funktionsstörungen als Folge vegetativer Fehlschaltungen, ferner gewisse Verhaltensstörungen.

Bei Funktionsstörungen sind die Erfolge umso besser, je weniger neurotische Persönlichkeitszüge die Situation bestimmen. Wenn Beschwerden sich auf ein Organsystem beschränken, sind sie leichter zu behandeln als wechselnde Beschwerden.

Indikationen im Bereich der Funktionsstörungen, bei denen das autogene Training gute Erfolge gezeigt hat, sind :

sekundäre Enuresis, Asthma bronchiale, die psychogenen Obstipationen, Angstdurchfälle, Nabelkoliken älterer Kinder, Tics, orthostatische Dysregulationsstörungen bei Accelerierten, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Nägelkauen, Poltern und Stottern, Colitis ulcerosa und Ulcus duodeni im Kindesalter, Verminderung der motorischen Unruhe und Aggressivität bei Epileptikern, intelligente, nervöse, entwicklungs- oder milieugestörte Schulversager.

Von den Verhaltensstörungen sind besonders erfolgreich anzugehen :

motorische Unruhe, Ablenkbarkeit, soziale Anpassungsschwierigkeiten; bei einigen Verwahrlosungserscheinungen kann das autogene Training als Übungsverfahren mit pädagogischem Wert den anderen heilpädagogischen Maßnahmen zugeordnet werden.

Die Erfolgchancen sind weniger von dem äußern Symptom als von der psychischen Verankerung abhängig. Nach seinem Neuroseschema wird von J.H. SCHULTZ (1963) das autogene Training vorwiegend bei Rand- und Schichtneurosen empfohlen. Es handelt sich dabei um gewohnheitsmäßige somatische Fehlsteuerungen und psychogene Symptome ohne tiefgreifende Persönlichkeitsveränderungen.

ALBERTS hält es für erstrebenswert, daß das autogene Training als psychohygienische Maßnahme und Neuroseprophylaxe Bestandteil der normalen Erziehung wird.

Nach DIESING lassen sich Hypnose und autogenes Training gut mit medikamentöser (psychotroper) Therapie, mit Ausdruckstherapie, konzentrativen Bewegungsübungen und heilpädagogischen Maßnahmen kombinieren. Wegen der unterschiedlichen Haltung des Therapeuten scheint ihm eine Kombination mit analytischer Spieltherapie nicht sinnvoll.

Vom Therapeuten erwartet er genaue Kenntnisse der psychodynamischen Auswirkungen der stützenden (pragmatischen)

Verfahren, der neurosenpsychologischen Zusammenhänge, der entwicklungsspezifischen Besonderheiten sowie die Bewertung des familiären Gefüges und der Beziehung zwischen Therapeut und Kind.

(Lit. : ALBERTS, 1962; AMBROSE, 1956; DIESING, 1959, 1964; FRIEDEMANN, 1961; KURTH, 1963; MOSSE, 1922, 1924; POTOTSKY, 1924; SCHULTZ, 1964; SPIEL, 1967, S. 52 ff.)

3. Die nicht-direktive Kinderpsychotherapie

Im Anschluß an ROGERS' "nicht-direktive Psychotherapie" bemühten sich vornehmlich VIRGINIA AXLINE in den USA und REINHARD und ANNEMARIE TAUSCH in der Bundesrepublik um eine Übertragung dieser Methode auf die Kinderpsychotherapie.

Ihre Arbeiten liegen diesem Abschnitt zugrunde.

Folgende Annahmen setzt ROGERS in der nicht-direktiven Psychotherapie voraus :

" Jedes gestörte Individuum - außer denjenigen mit pathologisch-organischen Defekten - hat die Fähigkeit, seine eigenen Probleme der Störung befriedigend zu lösen, und zwar besser, als das irgendwie ein Außenstehender vermag. Jedes Individuum hat einen entscheidenden Drang zu wachsen, zu reifen und zur Selbstverwirklichung zu gelangen. Diese Kräfte bestimmen entscheidend das Verhalten des Individuums....." (R.u.A. TAUSCH, 1956, S. 22).

Nicht-direktive Kinderpsychotherapie soll dem Kind Gelegenheit bieten, Wachstum und Reifung unter günstigen Bedingungen zu erfahren, Kräfte freizulegen, damit es sich in Zukunft besser seiner Umgebung anpassen kann. Ziele des Therapeuten sind eine Änderung des inneren Erlebens und des äußeren Verhaltens des Kindes.

" Die Ziele der Therapie sollen nicht lediglich durch Beseitigung der betreffenden störenden Symptome erreicht werden. Sondern die Störungssymptome sollen wegfallen als Effekt der Umstrukturierung der Persönlichkeit, so daß das Kind auch zukünftigen anpassungsschwierigen Situationen besser begegnen kann und nicht neue Störungssymptome zeigt " (R.u.A. TAUSCH, 1956, S. 26).

Im Gegensatz zu den psychoanalytischen Kindertherapeuten (mangelnder Leidensdruck) glauben R.u.A. TAUSCH, daß schlechtangepaßte Kinder in ihrem Verhalten meistens unglücklich sind und für Reifung, Unabhängigkeit und das Recht auf

befriedigende Selbstgestaltung ihres Lebens kämpfen. Dies erleichtert die Aufgabe des Therapeuten.

Geeignet erscheint die Therapie für Kinder mit Störungen ihres Verhaltens in bestimmten Situationen :

Aggressivität, unsoziales Verhalten in der Gemeinschaft, Schulstörungen, starke Hemmungen, innere Unsicherheit, mangelnde schulische Leistungsfähigkeit, Konzentrationsstörungen, "neurotisches" Verhalten klassischer Auffassung, Konflikte und emotionale Verwirrung, mangelndes Selbstvertrauen, Störungen körperlicher Funktionen bei Kindern.

Ausgenommen sind Kinder mit Psychosen und Psychopathien, ferner Epileptiker, Debile usw., da deren Anpassungsstörungen auf organischer Grundlage beruhen und nicht aufgrund von Lernvorgängen erwachsen sind.

Als Optimum der nicht-direktiven therapeutischen Situation hat sich für Kinder das Spiel angeboten. Folgende Gründe sind dafür maßgebend :

Das Kind ist relativ frei in seinem Tun, es kann selbst Initiative entwickeln.

Die Spielsituation ist überschaubarer als die Lebenssituation, das Kind kann aktiver und selbständiger handeln als sonst. Das Spiel ist eine Welt geringerer Realität und damit verminderter belastender Erlebnisse.

Die Spielsituation macht dem Kind Freude, es kommt freiwillig zur Therapiestunde; dies ist eine Voraussetzung für die nicht-direktive Therapie.

Anhand des Spielverhaltens kann der Therapeut wichtige Eingriffe tätigen. Der Therapeut braucht das Kind nicht zu beschäftigen.

In dieser Spielsituation sollen dem Kind keine Hindernisse, Einengungen und Bedrohungen bereitet werden. Es soll ohne Hemmungen und unbeeinflusst die Möglichkeiten seines Verhaltens selber sehen und wählen können.

Ähnlich wird die Bedeutung des Spiels in der nicht-direktiven Kinderpsychotherapie von V. AXLINE (in BIERMANN, 1969², S. 186) gesehen.

Günstig für die therapeutische Situation ist ein Spielzimmer, welches die Möglichkeit für ein eigen-produktives Tun der Kinder bietet. Sie sollen sich frei für ein bestimmtes Spielzeug entscheiden können. Spielzeug soll einfach in Konstruktion und Handhabung sein, um Frustrationen zu vermeiden (vgl. S. 119).

Einzeltherapie schlagen R.u.A. TAUSCH für alle Kinder in den ersten 2 - 4 Sitzungen vor. Danach sollte Gruppentherapie betrieben werden, wenn die Kinder besonders soziale Anpassungsprobleme haben. Liegen sehr persönliche und tiefliegende Konflikte und emotionale Schwierigkeiten vor, so ist fortlaufende Einzeltherapie mit gelegentlichen Gruppenkontakten angebracht. Die Zeitdauer eines Therapie-Kontaktes sollte etwa 60 Minuten betragen.

Interessant ist die Bemerkung von R.u.A. TAUSCH, daß sie der Diagnostik als Voraussetzung für eine Therapie gar keine oder nur eine geringe Bedeutung beimessen. Sie halten es für äußerst schwierig, wenn nicht für unmöglich, ein kausales Element für eine Fehlanpassung oder Verhaltensstörung zu isolieren. Außerdem erscheint ihnen der therapeutische Weg, den der Behandler wählt, nicht unbedingt auch für das Kind der richtige und einfachste zu sein. Wie bereits erwähnt, zielt die Therapie ja darauf ab, der Gesamtpersönlichkeit (vgl. die psychoanalytischen Methoden) eine Änderung zu ermöglichen, so daß Symptome wegfallen. Es geht den Autoren also um eine umfassende unspezifische Therapie, die das Kind befähigen soll, seine Schwierigkeiten in gegenwärtigen und zukünftigen Situationen selbst zu lösen.

Aus den oben genannten Gründen " kann der Therapeut die Diagnose nicht verwenden. Er kann dem Kind keinen Weg vorschlagen, sondern das Kind muß den Weg zur Lösung seiner Schwierigkeiten selbst finden, soll es sich um eine dauerhafte Lösung handeln " (R.u.A. TAUSCH, 1956, S. 34).

Sind diagnostische Spezialfragen in Sonderfällen zu klären, so sollten diese Untersuchungen in anderen Räumen von einem anderen Psychologen durchgeführt werden, so daß das Kind keinen Zusammenhang mit der anschließenden Therapie sieht.

ROGERS, AXLINE und R.u.A. TAUSCH teilen nicht die Auffassung psychoanalytisch ausgerichteter Kinderpsychotherapeuten, man müsse dem Kind Erlebnisse der Vergangenheit, welche Fehlhaltungen verursacht haben, bewußt machen und es käme so zu einer Beseitigung der Fehlanpassung. Sie vertreten die Meinung, daß die Verhaltensweisen der Fehlanpassung im Laufe der Zeit gelernt worden sind (vgl. "Therapie durch Verhaltensänderung", S. 56 ff.).

Das Verhalten wird von gegenwärtigen Bedürfnissen bestimmt,

wobei die Vergangenheit allerdings bei gegenwärtigen Spannungen und Verhaltensformen mitwirkt. Die Therapie ist auf eine Änderung des gegenwärtigen Verhaltens ausgerichtet, schließt aber die Vergangenheit mit ein, die funktional das gegenwärtige Verhalten mitbeeinflusst.

Aus diesen Überzeugungen heraus werden weder Fragen gestellt noch Deutungen an den Patienten gegeben.

" In der Behandlungssituation gibt der Psychotherapeut keinen direkten Rat - daher "nicht-direktive Psychotherapie"- und keine Deutungen des Erlebens oder Verhaltens des Klienten im Gegensatz zur analytischen Psychotherapie. Die wesentliche therapeutische Aktion ist die Benennung der vom Klienten verbal oder paraverbal (Stimme, Mimik, Gestik, Spiel*) ausgedrückten Emotionen. Die Kunst oder spezifische Technik liegt in der Formulierung von Affektbenennungen. Die Emotion muß so treffend an- und ausgesprochen werden, daß dem Klienten eine Objektivierung dieser Emotion, also ein sich seinen Emotionen Gegenüberstellen möglich ist. Zum anderen muß in der Formulierung und im paraverbalen Verhalten des Therapeuten ein Akzeptieren der Emotionen - mögen es auch solche sein, die im Alltag sehr verpönt sind - deutlich werden " (SCHRAML, 1969¹, S. 87 f.) (* = Zusatz des Autors) .

Wie unterscheidet sich aber nun das kindliche Spiel in der therapeutischen Situation von dem sonstigen Spiel in anderen Situationen ? Das Besondere liegt in den Verhaltensweisen des Therapeuten, die den therapeutischen Effekt bedingen.

AXLINE (in BIERMANN, 1969², S. 191) formulierte 1947 acht Grundprinzipien, die den Therapeuten bei allen therapeutischen Kontakten im nicht-direktiven Verfahren leiten sollen.

R.u.A. TAUSCH haben die Prinzipien AXLINEs nach eigenen Erfahrungen anders zusammengefaßt, neu gegliedert und geordnet und ein Prinzip hinzugefügt. Ihrer Darstellung soll bei der Erläuterung der einzelnen Verhaltensaspekte gefolgt werden.:

a) Prinzip des Nicht-Lenkens

Danach bestimmt der Therapeut in keiner Weise Handlungen oder Gespräche des Kindes und versucht nicht, sie in irgendeine bestimmte Richtung zu lenken. Er gibt keine Anregungen und Korrekturen, enthält sich jeder Kritik sowie jedes Lobes und Tadel. Er behält seine Meinungen, Gefühle und Ansichten für sich.

Es wird von den Autoren allerdings deutlich hervorgehoben, daß dieses Prinzip im schnellen Geschehen der therapeutischen Praxis oft sehr schwer zu verwirklichen ist.

Im Verlauf der Therapiestunde bemüht sich der Therapeut, die

Selbständigkeit des Kindes zu fördern, denn außerhalb der Therapiestunden muß es seine Probleme auch selbst lösen (typische Formulierungen, s. R.u.A. TAUSCH, 1956, S. 40 u. 42). Ausnahmen von diesem Prinzip der Nicht-Lenkung stellen direkte Fragen nach Informationen und technischen Problemen oder Bitten um Hilfe dar. Dabei gibt der Therapeut direkte Antworten, aber niemals Beurteilungen. Er ist sich stets bewußt, daß das Kind selbst fähig ist, über sein Verhalten zu entscheiden.

Begründung :

Wenn der Therapeut das Verhalten des Kindes nicht lenkt, können die spontanen Kräfte des Wachstums und des Reifens zur Entfaltung kommen und sich verwirklichen. Das Kind erfährt, daß es frei ist, so oder so zu handeln. So werden viele Seiten seines Verhaltens aktiviert. Es fühlt sich frei von Druck und Bedrohungen. Das Kind soll sein Verhalten nicht dem Therapeuten zuliebe verändern, denn er ist nur in der Therapiestunde anwesend. Das Kind soll den Therapeuten als ungefährliche, freundliche, verständnisvolle Persönlichkeit erfahren. Daher werden weder Lob und Tadel noch Fragen ausgesprochen. Der Therapeut gibt keine Hilfen bei Entscheidungen, sondern hebt diese Situationen noch besonders heraus. Durch eigenes Entscheiden und Handeln erfährt das Kind die Folgen seines Tuns und lernt, sein Verhalten verantwortlich zu steuern.

b) Prinzip des Nicht-Vorantreibens

Dieses ist das zweite w i c h t i g e Prinzip für das äußere Verhalten des Therapeuten.

Er darf sich nicht bemühen, ein von ihm erkanntes Problem bei einem Kind schnell zu einer Lösung zu bringen. Wie bereits erwähnt, ist die Situation und die Einschätzung des Kindes dafür oft nicht günstig. Der Therapeut soll dem Kind helfen, seine Probleme selbst zu lösen. Da Wachstum und Reifen langsame Prozesse sind, soll der Therapeut sich der Führung des Kindes in der therapeutischen Situation anpassen.

Aber auch die folgenden Prinzipien verlangen vom Therapeuten intensive Anstrengungen. Sie zeigen, daß die Haltung des Behandelnden nicht eine Haltung des "Laissez-faire" ist.

c) Prinzip des freundlichen Beziehungsverhältnisses

Das warme, freundliche Verhalten des Therapeuten soll seinen Ausdruck nicht nur in Worten, sondern auch in Mimik, Pantomimik und Stimmführung finden. Daraus darf aber nicht eine Haltung bevormundender Fürsorge resultieren, die das Kind an den Therapeuten bindet (vgl. A. FREUD, S. 15). Der Therapeut bleibt gleichmäßig freundlich bei verschiedenen Verhaltensweisen des Kindes. Er tadelt, lobt und kritisiert nicht. Er äußert keine Gefühle des Ärgers, der Ungeduld und des Mißtrauens. Er geht keine zu enge Bindung mit den kindlichen Problemen ein, bleibt ruhig, freundlich und distanziert. Vom Kind selbst als falsch erkannt Verhalten

sollte nicht entschuldigt oder bagatellisiert werden.

Ein gutes Beziehungsverhältnis fördert die Aktivierung positiver Verhaltensweisen des Kindes und ermuntert es, belastende Gefühle auszudrücken und peinliche Erlebnisse zu verbalisieren.

AXLINE (in BIERMANN, 1969², S. 191) verdeutlicht die Struktur der Beziehung zwischen Therapeut und Kind als "Aufbau".

d) Prinzip des Akzeptierens und Respektierens

Der Therapeut akzeptiert das Verhalten (auch das Schweigen und Nichtstun) des Kindes und richtet sich nach dessen Wünschen. Er behandelt das Kind als gleichberechtigten Partner und wendet sich ihm voll zu. Selbst wenn er Gefühle des Ärgers und des Zornes in sich spürt, darf er die Haltung des Akzeptierens nicht aufgeben.

Begründung :

Das Wertgefühl des Kindes kann sich wieder aufbauen. Es kann sich freier von Bedrohungen fühlen und erfährt eine Bestätigung seiner Persönlichkeit. Akzeptierung ist nicht gleichzusetzen mit Lob, Billigung des Verhaltens, Weichheit, Nachlässigkeit oder Inkonsequenz des Therapeuten, sondern wird frei von Affekten in völlig sachlicher Sprechweise geäußert. Akzeptierung stellt so die beste Möglichkeit dar, daß sich das Kind über sein eigenes Verhalten klar wird.

e) Prinzip des Gewährens und Erlaubens

Der Therapeut verhält sich so, daß das Kind die Erlaubnis empfindet, sich frei verhalten und seine Gedanken (auch negativer Art) ausdrücken zu können. Auch scheinbaren Nebensächlichkeiten sollte der Therapeut mit Interesse folgen. Das Gefühl des Erlaubtseins kann das Kind in der Gruppe schneller erfahren, da viele Kinder in verschiedenen Situationen die gewährende Haltung des Therapeuten erleben.

Begründung :

Die bisherigen andersartigen Erfahrungen des Kindes werden aufgelockert. Das Kind hat keine Angst und Unwissenheit bezüglich des Strafverhaltens des Therapeuten und äußert daher auch seine unangepaßten Verhaltensweisen, was für die Therapie sehr wichtig ist.

f) Prinzip des Erkennens und Reflektierens der Gefühle

Dieses Verhaltensprinzip ist das entscheidendste Instrument des Therapeuten.

Er versucht, die von den Kindern in Wort und Spiel geäußerten Gefühle, emotionalen Haltungen, Wünsche und Strebungen zu erkennen. Dazu muß es ihm gelingen, sich in die Welt des Kindes zu versetzen und sein Erleben möglichst prägnant, plastisch und spezifisch zu erfassen. Der Therapeut "reflektiert" nun das Erleben, die Gefühle, Strebungen und Haltungen des Kindes, eventuell auch einmal sein Verhalten, hält sie dem Kinde

gleichsam in einem Spiegel entgegen (vgl. S. 51).

Die Gefahr dieses Prinzips besteht darin, daß der Therapeut das Kind mißversteht oder "Interpretationen" gibt (anstatt zu reflektieren), die es nicht akzeptieren kann.

Die Aussagen des Therapeuten müssen also so formuliert sein, daß sie vom Kind verstanden werden können und es seine Erlebnisse darunter subsummieren kann.

Bei direkten sachlichen Fragen des Kindes ist das Prinzip des Reflektierens nicht anzuwenden (vgl. S. 52 o.).

Begründung :

Die Wendung an die Gefühle und Einstellungen, die dem äußeren Verhalten des Kindes zugrunde liegen, führen zu einer Klärung dieser dynamischen Faktoren. Wenn dies erreicht ist, kann es zu einer distanzierteren Betrachtung der Umwelt und zu einem angepaßteren Verhalten kommen.

Wichtig dabei ist, daß

- das Kind sich tief verstanden fühlt,
- seine tiefsten Erlebnisse der Beachtung des Therapeuten wert sind,
- seine Persönlichkeit vollkommen akzeptiert wird,
- es zu einer vermehrten rationalen Faßbarkeit seiner Gefühle, Haltungen und Einstellungen gelangt.

Dadurch, daß sich die Kinder gleichsam wie in einem Spiegel sehen, gelangen sie zum vollen Erlebnis, zur Erkenntnis und zur Klärung ihres Verhaltens und mancher Persönlichkeitszüge. Ein reiferes Verhalten ist das Ergebnis.

g) Prinzip des Begrenzens

In der Therapiestunde sollen so wenig Begrenzungen gesetzt werden wie irgend möglich. Das Kind soll freiwillig und gern in die Stunde kommen; seine spontanen Verhaltensäußerungen sollen nicht schon von vornherein durch zahlreiche Begrenzungen gestört werden.

Einige wesentliche Begrenzungen erweisen sich aber als notwendig. Dabei gilt es, den guten Rapport zum Kind nicht zu gefährden. Begrenzungen müssen möglichst ruhig, sachlich, neutral und unpersönlich gesprochen werden (" Die Zeit ist jetzt um." anstatt " Deine Zeit ist jetzt um.", " Man kann sich hier nicht schlagen." anstatt " Du darfst dich hier nicht schlagen."). Das ist wichtig, um Opposition und Ärger beim Kind zu vermeiden. So wird es dem Kind auch leichter, die Begrenzungen als objektive, neutrale Gegebenheiten zu erkennen und einzuhalten.

Bei Einzelkontakten sollen die Begrenzungen erst dann gegeben werden, wenn eine Notwendigkeit dazu besteht. So kann das Kind selbst austesten, wo Begrenzungen vorliegen. Außerdem können die Begrenzungen auf diese Weise therapeutisch genutzt werden.

Bei Gruppenkontakten sollen allerdings zwei Verbote gleich zu Beginn der Therapie gegeben werden : Die Kinder dürfen die Sachen im Raum nicht beschädigen und sich nicht schlagen. Für das Setzen von Begrenzungen wird ein schrittweises Vorgehen nach BIXLER empfohlen (R.u.A. TAUSCH, 1956, S. 111).

Nachfolgende Beschränkungen sind in der Therapiestunde von Bedeutung :

- zeitliche Begrenzung,
- Begrenzung der absichtlichen Zerstörung des Spielmaterials und des Raumes,
- Begrenzung der Mitnahme von Spielmaterial,
- Begrenzung des Angriffs eines Kindes auf andere Kinder in der Gruppentherapie,
- Begrenzung des Angriffs eines Kindes auf den Therapeuten,
- Begrenzung von Handlungen, die das Kind in seiner eigenen physischen Sicherheit gefährden

(R.u.A. TAUSCH, 1956, S. 112 ff.).

Begründung :

Die realen Anforderungen der allgemeinen Lebensverhältnisse sind Grundlage vieler Begrenzungen. Die Begrenzungen haben insofern einen therapeutischen Wert, als die Therapiestunde und die Verhältnisse in ihr Bestandteil des normalen realen Alltagslebens sein sollen. Das Kind lernt in der Therapiestunde, Begrenzungen einzusehen.

Die Zeitbegrenzung auf 60 Minuten stellt die Besonderheit der Stunde heraus. Dies fördert die Erlebnisakzentuierung und die Lernvorgänge. Im Rahmen der gesetzten Begrenzungen haben die in der Therapie gewährten Freiheiten und die Akzeptierung ihren therapeutischen Wert. Die Begrenzung von Aggressionen gibt dem Kind ein Gefühl der Sicherheit und legt den Weg frei für die Entwicklung von Kräften der Achtung und Respektierung der eigenen und anderer Personen.

h) Prinzip der inneren Sicherheit

Dieses Prinzip wird von AXLINE nicht aufgeführt, von R.u.A. TAUSCH aber für sehr wichtig gehalten. Es handelt sich um eine wichtige Komponente im Verhalten des Therapeuten, die innere Sicherheit seiner Haltung. Die echte innere Sicherheit kommt durch eine innere Geordnetheit zum Ausdruck, " die durch den festen Glauben an die Fähigkeit des Kindes, selber Probleme lösen zu können, und an die Richtigkeit des therapeutischen Verfahrens bedingt ist " (R.u.A. TAUSCH, 1956, S. 125).

Begründung :

Kinder werden in der Gegenwart eines innerlich sicheren und geordneten Erwachsenen konstruktiver in ihrem Verhalten. Sie spüren, daß nicht der Therapeut seine Einstellungen ändert, sondern daß sie selbst ihr Verhalten ändern und anpassen müssen, um schwierige und unangenehme Situationen zu lösen. Die Kinder müssen außerdem empfinden, daß das Prinzip der Nicht-Lenkung und des Gewährenlassens nicht aus einer Laissez-faire-Haltung heraus entsteht, sondern aus der Überzeugung und dem Glauben an die Fähigkeit des Kindes, seine Probleme selbst zu lösen.

Zum Abschluß gehen R.u.A. TAUSCH noch auf zwei Einzelproble-

me ein :

Für die Therapie der beteiligten Erwachsenen sehen sie drei Möglichkeiten :

1. eigene nicht-direktive Therapie beim selben Therapeuten,
2. Mitbehandlung der Eltern bei der Therapie des Kindes,
3. Beratung der Eltern, wenn ihr falsches Verhalten im wesentlichen durch fehlendes Wissen und mangelnde Kenntnisse bedingt war.

Haben die Eltern eine uneinsichtige oder ablehnende Haltung der Therapie gegenüber, so empfehlen AXLINE und R.u.A. TAUSCH dennoch eine Durchführung bzw. Fortsetzung der Therapie. Nach ihren Erfahrungen ist sie für das Kind nämlich insofern sinnvoll, als es Mechanismen erlernt, sich besser mit seiner schwierigen Umwelt auseinanderzusetzen. Außerdem führt auch ein Nachlassen der inneren Spannungen im Kind zu einem Nachlassen der Reibungen mit den Erwachsenen.

Für die Beendigung der Therapie werden eine ganze Reihe von Verhaltens- und Erlebnisweisen angegeben, die im Laufe der Therapie einer Änderung unterliegen (s.S. 110).

Nicht nur der Symptomverlust, sondern eine Vielzahl neuer Verhaltens- und Erlebensmomente weisen darauf hin, daß die Therapie beendet werden kann.

Im allgemeinen ist nach R.u.A. TAUSCH bereits innerhalb von acht Therapiestunden ein Nachlassen der kindlichen Spannungen zu bemerken. Nach etwa 15 - 30 Stunden kann die Therapie zu Ende geführt werden.

(Lit. : AXLINE, 1947; LEBOWITZ, 1956)

4. Die Therapie durch Verhaltensänderung

In den letzten zwei Jahrzehnten gewinnen die Ergebnisse der Lerntheorien zunehmend Einfluß auf Psychologie, Soziologie und Erziehungswissenschaft. In der klinischen Psychologie entwickelte sich als neue psychotherapeutische Methode im Anschluß daran die "Therapie durch Verhaltensänderung" (häufig auch kurz "Verhaltenstherapie" oder "Therapeutische Verhaltensmodifikationen").

Die Erörterung der "Verhaltenstherapie" folgt weitgehend

der Darstellung VERA KUHLENS (2.Aufl. 1973).

Die Verhaltenstherapie hat sich aus lernpsychologischen Laboratoriumsexperimenten entwickelt und wurde auf empirischem Wege auf die Behandlung von Verhaltensstörungen übertragen. Zur Rechtfertigung der Einführung der Therapie gibt V. KUHLEN eine Reihe von Gründen an :

- Es zeigt sich in der Behandlung eine nachweisbare, relativ hohe Effizienz, auch in Bereichen, wo die herkömmliche Kinderpsychotherapie versagte.
- Verhaltenstherapie ermöglicht die Entwicklung von Techniken der Beobachtung und der Methodenkontrolle, die für die ganze Kinderpsychotherapie relevant sind.
- Mit dieser Therapie sind prophylaktisch und therapeutisch größere Breitenwirkungen zu erzielen, da Hilfs-Therapeuten (Eltern, Lehrer, interessierte Laien) die Methoden anwenden können.

Lerntheoretische Grundlagen

Gemeinsame Grundannahme sämtlicher Lerntheorien ist die Aussage, daß der größte Teil der menschlichen Verhaltensweisen (der angepaßten wie der unangepaßten) durch einen Lernprozeß erworben worden ist. (Ausgenommen vom "Lernen" sind angeborene Reaktionstendenzen, Reifung und organismische Zustände.)

Nach SKINNER (1938) werden heute zwei Grundformen des Verhaltens unterschieden :

"Respondentes (reaktives) Verhalten umfaßt nach ihm alle jene Verhaltensweisen, die durch bestimmte Reize der Umwelt im Organismus "ausgelöst" werden.

Operantes (instrumentelles) Verhalten dagegen kann nicht immer auf einen bestimmten von außen kommenden Reiz zurückgeführt werden und ist daher nicht "re-aktiv". Es wird vom Organismus "geäußert" (emittiert) als ein willkürliches Verhalten, das einerseits auf die Umwelt einwirkt und durch die Konsequenzen, die es aus der Umwelt erfährt, wiederum bestimmt wird " (V. KUHLEN, 1973, S. 18).

Diesen beiden Verhaltensweisen entsprechen zwei Arten von Lernprozessen, das "klassische" und das "instrumentelle" Konditionieren. Nach beiden Typen von Lernprozessen kann es entweder zu einer Verstärkung des Verhaltens (Erhöhung der Verhaltensrate) oder zu einer Schwächung des Verhaltens (Erniedrigung der Verhaltensrate) kommen.

Auf die genauere Darstellung der beiden Bedingungsformen und

ihre historische Entwicklung soll hier verzichtet werden.

V. KUHLEN unterscheidet fünf Prozesse im Rahmen des instrumentellen Konditionierens, welches für die Entstehung und Aufrechterhaltung menschlicher Verhaltensweisen für wesentlich bedeutender gehalten wird :

1. positive Verstärkung,
2. negative Verstärkung

führen zu einer Erhöhung der Intensität und/oder der Frequenz einer Verhaltensweise;

3. Bestrafung (im engeren Sinne; durch aversive Konsequenzen),
4. Bestrafung (durch Entzug positiver Verstärker),
5. Löschung (Extinktion) von Verhaltensweisen (Es folgt keine Verstärkung auf ein Verhalten.)

führen zu einer Erniedrigung der Intensität und/oder der Frequenz einer Verhaltensweise.

Weitere begriffliche Differenzierungen sind von Wichtigkeit :

Kontinuierliche Verstärkung : Jede Äußerung einer bestimmten Verhaltensweise wird verstärkt. Dies führt zu einer sehr schnellen Steigerung der Verhaltensrate. Nach Absetzen einer Verstärkung verschwinden die auf diese Weise erlernten Verhaltensweisen aber auch sehr schnell (geringe Lösungsresistenz).

Unterbrochene (intermittierende) Verstärkung : Nur intervallweise oder nach einer bestimmten Verhaltensquote erfolgt eine Verstärkung (z.B. Verstärkungspläne nach SKINNER). Alle diskontinuierlichen Verstärkungspläne führen zu einer höheren Stabilität der Lernergebnisse und einer höheren Lösungsresistenz.

Primäre Verstärker : sind Reize, zu deren Erwerb keine Lernprozesse notwendig sind (Nahrung, Wasser, Schmerz).

Sekundäre Verstärker : sind ursprünglich neutrale Reize, die durch häufiges Auftreten zusammen mit einem primären Verstärker (klassisches Konditionieren) diesen in seiner Wirkung ersetzen können (Lob, Bestätigung, Versprechen, Tadel, Drohungen, Mißbilligungen).

Generalisierung : Eine gelernte Reaktion erfolgt ohne neuen Konditionierungsprozeß auch in ähnlichen Reizsituationen.

Diskrimination : bewirkt als Antagonist zum Prozeß der Generalisierung eine Unterscheidung verschiedener auslösender Momente.

Die Wirkung bestimmter Verstärker ist außerdem abhängig vom subjektiven Wert, der Sättigung und der Bedürfnisbefriedigung für einen Organismus.

Methoden

Jede soziale Interaktion wird durch Lernprozesse bestimmt und

bedeutet somit im weitesten Sinne Verhaltensmodifikation.

" Verhaltenstherapie wendet als praktische Disziplin der Verhaltenspsychologie die generellen Prinzipien unter therapeutischer Zielsetzung auf Erklärung und Modifikation von Verhaltensweisen und sozialer Interaktion an. Dies läßt sich in folgenden vier Punkten umreißen " (V. KUHLEN, 1973, S. 32) :

1. Es besteht ein funktionaler Zusammenhang zwischen dem Verhalten des Kindes und dem Verhalten der Erzieherperson.
2. Verhaltensstörungen werden nicht als Symptome psychischer Konflikte gesehen. Sie sind durch inadäquate und fehlende Lernprozesse erworbene oder gefestigte Verhaltensweisen (diagnostischer Aspekt) .
3. Wenn Gesetzmäßigkeiten (Lerngesetze) der Verhaltensentstehung bekannt sind, so kann durch kontrollierte Veränderung der Variablen Verhalten vorhergesagt, initiiert bzw. modifiziert werden (prognostischer Ansatz) .
4. Sind die Bedingungen für die Entstehung inadäquater Verhaltensweisen bekannt, so kann durch kontrollierte Veränderung einzelner Variablen der "falsche Lernprozeß" rückgängig gemacht werden, bzw. im Falle eines ausgebliebenen Lernprozesses, kann dieser therapeutisch nachgeholt werden (therapeutischer Aspekt und Ansatzpunkt der Verhaltenstherapie) .

Aus zwei theoretischen Gründen müßten Kinder auf die Verhaltenstherapie besser ansprechen als Erwachsene :

1. Fehlverhalten ist durchschnittlich weniger lange festgefahren. Der kindliche Organismus ist dem Aufbau neuer Verhaltensweisen gegenüber weniger resistent (vgl. ZULLIGER, S. 21) .
2. Eltern und sonstige Erzieherpersonen können als Verstärkerpersonen eingesetzt werden.

Um eine gezielte und kontrollierte Anwendung therapeutischer Methoden zu gewährleisten, sind nach V. KUHLEN Verhaltensdiagnose und Methodenkontrolle erforderlich.

Für die Verhaltensdiagnose sind folgende Aspekte zu beachten :

- Gehen operante oder respondente Verhaltensweisen in die Verhaltensstörung ein ?
- Sind die Frequenz und die Stärke der betreffenden Verhaltensweise zu hoch oder zu niedrig ?
- Welches sind die wichtigsten Verstärkerpersonen und welches sind die individuell effektivsten Verstärker ? .

Für die Methodenkontrolle wird meistens auf die "Reversions-

Methode" in der Einzelfallbehandlung zurückgegriffen, da die Bedingungen von Parallelgruppen selten zu erzielen sind (Kontrollgruppenmethode).

Dabei wird, mit Hilfe von genauer Verhaltensbeobachtung und Darstellung in einer Kurve, kontrolliert, ob der erzielte Effekt (Veränderung in der Kurve als Ausdruck des veränderten Verhaltens) tatsächlich auf die spezielle Technik (Einführung einer therapeutischen Variablen) zurückgeführt werden kann (V. KUHLEN, 1973, S. 35 f).

Für die gleichzeitige Modifikation mehrerer Verhaltensweisen empfiehlt sich die "Technik der multiplen Grundkurve" als Kontrollmethode (s. TUNNER u. FLORIN, 1969, S. 15).

Der überwiegende Teil der Methoden in der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen beruht auf den Konditionierungsgesetzen. Als Alternativ-Ansatz - besonders in der Behandlung von Kindern - ist das "Lernen am Modell" zu sehen.

Es sei ein Schema von V. KUHLEN (1973, S. 37) wiedergegeben, welches einen Überblick über die verhaltenstherapeutischen Methoden im Kindesalter bietet.

Konditionierungsmethoden

zur Behandlung operanter Verhaltensweisen

Aufbau Reduktion
operanter Verhaltensweisen

- pos. Verstärkung
- neg. Verstärkung
- Löschung bzw. Bestrafung inkompatibler Verhaltensweisen

- Extinktion
- Entzug positiver Verstärker
- aversive Kontrolle
- Verstärkung inkompatibler Verhaltensweisen

zur Behandlung respondenten Verhaltensweisen

- Gegenkonditionierung
- respondente Extinktion

Lernen am Modell

(stellvertretendes, beobachtendes Lernen)

zum Erwerb von Verhaltensweisen

- Imitation motorischer Reaktionen
- Imitation verbaler Reaktionen
- Imitation emotionaler Reaktionen

zur Reduktion von Verhaltensweisen

- aversive Konsequenzen
- durch stellvertretende Löschung
- durch Imitation inkompatibler Reaktionen

Jedes therapeutische Eingreifen sollte jeweils zwei Komponenten gleichzeitig berücksichtigen : das Element der Reduktion inadäquaten Verhaltens und das des Aufbaus adäquaten Verhaltens.

Bei der Darstellung der Techniken wird eine gewisse Trennung der Komponenten vorgenommen.

A Aufbau operanter (handelnder) Verhaltensweisen

a) Positive Verstärkung

Kindliche Verhaltensweisen werden dahingehend neu organisiert, daß ihr Auftreten gefördert wird, indem positive Konsequenzen in systematischem Bezug auf das gewünschte Verhalten folgen. Erzieher und Lehrer setzen bisher verwendete Verstärker nach einem systematischen Behandlungsplan ein oder führen in der Behandlungsphase neue Verstärker kontrolliert ein.

Zur Kontrolle des Erfolges der Behandlung durch die neu verwendeten Variablen ist nach der Reversionsmethode vorzugehen.

Verhaltensaufbau durch differentielle Verstärkung

Oft kann die Häufigkeit eines bereits vorhandenen Verhaltens nicht nur einfach gesteigert werden, sondern es gilt, ein gewünschtes Verhalten durch einen speziellen Prozeß von Grund her aufzubauen bzw. auszuformen ("shaping"). Die Verhaltensformung beruht auf dem von SKINNER formulierten "Prinzip der graduellen Annäherung" (1953). Erwünschtes Verhalten kann demnach sukzessive in seinen Elementen aufgebaut werden. Der Therapeut verstärkt bereits jeden Schritt der Annäherung an die Endform des Verhaltens.

Es handelt sich dabei für das Kind um ein Diskriminationslernen, wobei es sich auf Grund der differentiellen Verstärkungen seiner Reaktionen immer mehr der therapeutisch angestrebten Endform des Verhaltens nähert. Dem Therapeuten stehen dazu einige Hilfstechiken zur Verfügung :

Der Therapeut muß eventuell bei der Einführung eines neuen Schrittes Hilfestellungen geben (prompting).

Diese können nach und nach zurückgezogen werden, bis die richtige Reaktion auf den Reiz (Stimulus) allein hin erfolgt (fading).

Bei der Verhaltenskettung (chaining) geht es darum, Verhaltenssequenzen aufzubauen (motorische oder kognitive z.B.). Dazu müssen erstens die Elemente einer Kette im Verhalten des

Kindes schon vorhanden sein. Zweitens werden Hilfestellungen immer zuerst vom Ende der Kette her ausgeblendet und das selbständige Verhalten des Kindes verstärkt. Fortschreitend werden immer mehr Hilfestellungen zurückgezogen bis zur selbständigen Äußerung der gesamten Verhaltenssequenz.

Zunächst werden Verstärker primärer Art verwendet, die schließlich durch Konditionierung von sozialen (sekundären) Verstärkern (meist verbaler Art) ersetzt werden.

Indikationen für die Verhaltensformung durch differentielle Verstärkung sind hauptsächlich Ausfallserscheinungen (bei Retardierten, Autisten, Enkopretikern).

In diesem Zusammenhang hat man vornehmlich bei der verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlung sozialgestörter Kinder sogenannte Münzverstärkungs-Systeme ("token-systems") eingeführt, die eine ganze Reihe von Vorteilen bieten. Dabei werden Spielmarken als generalisierte Verstärker konditioniert, die gegen begehrte Gegenstände, gegen Nahrung oder Privilegien eingetauscht werden können. Dies sind die Vorteile :

Das System ist weitgehend unabhängig vom augenblicklichen Deprivationszustand.

Es kann sich kaum eine Sättigung einstellen.

Der Verstärker ist auch in der Gruppe individuell anwendbar. Er kann sofort auf ein Verhalten folgen und ist relativ unabhängig vom Austeiler.

Das Kind kann den Erfolg seines Verhaltens unmittelbar an der Zahl der Spielmarken ablesen.

Besonders Aufmerksamkeits-, Arbeits-, Lern- und soziales Verhalten sind so zu verstärken.

b) Negative Verstärkung

Negative Verstärkung ist bei V. KUHLEN als Beendigung eines aversiven Reizes (Stimulus) oder einer als negativ empfundenen Situation definiert.

In der Literatur bestehen nur wenige Ansätze, auf diese Weise Verhalten zu verstärken, unter anderem vermutlich deshalb, weil das Vorhandensein eines aversiven Reizes Bedingung ist. Als Maßnahmen zur Verstärkung in diesem Sinne werden Beendigungen physischer Restriktionen sowie jedes Beenden von Strafmaßnahmen (Aufhebung eines sozialen Ausschlusses z.B.) gewertet.

c) Reduktion inkompatibler Verhaltensweisen

Auch hier geht es um die Frequenzsteigerung einer erwünschten Verhaltensweise wie bei der positiven und negativen Verstärkung. Die Reduktion einer stark ausgeprägten Verhaltensweise, die mit der erwünschten Reaktion unvereinbar ist, erhöht die Wahrscheinlichkeit der letzteren (s. den folgenden Abschnitt über die Reduktion operanter Verhaltensweisen).

B Reduktion operanter Verhaltensweisen

a) Löschungsmethoden (Extinktion)

Die Reduktion der Verhaltensstärke und die Löschung eines bestimmten Verhaltens erfolgt bei diesen Methoden dadurch, daß positive Verstärker entzogen werden. Besonders resistent gegen diese Löschung sind - wie bereits erwähnt - die Verhaltensweisen, die unterbrochen verstärkt worden waren. Dieses Phänomen ist damit zu erklären, daß in der Extinktionsphase für das Individuum zunächst die gleichen Bedingungen herrschen wie in der Aufbau- oder Verstärkungsphase.

Diese so einfach erscheinende Methode des Nicht-Verstärkens bringt jedoch in der Praxis einige Schwierigkeiten mit sich, da es der Umwelt, Eltern und Lehrern häufig nicht gelingt, ein bestimmtes Verhalten nicht zu beachten. Jede Reaktion darauf wirkt nach einiger Zeit wie eine intermittierende Verstärkung. Außerdem werden Verhaltensstörungen bei Kindern in unkontrollierten Spielsituationen von Gleichaltrigen honoriert.

b) Kontingenter Entzug positiver Verstärker ("Privilegienentzug und Methode des "sozialen Ausschlusses")

Diese Methoden werden verwendet, wenn ein extremes Verhalten geäußert wird, welches zu Gefährdungen führen kann. Das Kind wird dabei nach einem Fehlverhalten konsequent in eine Situation gebracht, die jede Form von positiver Verstärkung ausschließt (Privilegienentzug = response-cost-Methode; sozialer Ausschluß = time-out-Methode).

Hier seien die beiden bisher genannten Methoden noch einmal gegeneinander abgegrenzt :

" Löschungsmethoden bestehen darin, daß die gewohnte Verstär-

kung von einem bestimmten Zeitpunkt an nicht mehr erfolgt. Der aktive kontingente Entzug positiver Verstärker in Form von "time-out"- oder "response-cost"-Techniken wirkt dagegen bestrafend als spürbarer Verlust augenblicklich bestehender positiver Verstärkungen " (V. KUHLEN, 1973, S. 54).

c) Aversionstechniken (Strafe im engeren Sinne, s.S. 58)

Der Begriff Bestrafung wird in der Literatur einmal für den Entzug eines positiven Verstärkers (s.S. 63) verwendet, andererseits für das Einsetzen eines direkten Strafreizes. Aversionstechniken sollen hier im zweiten Sinne verstanden werden.

Nach BANDURA kann man verhaltensorientierte von reizorientierten Techniken unterscheiden. Bei den verhaltensorientierten Techniken folgt der Strafreiz auf ein bestimmtes Verhalten und modifiziert so dessen Auftretenswahrscheinlichkeit. Bei den reizorientierten wird der Stimulus selbst qualitativ verändert. Die erste Gruppe wird auch als aversives, instrumentelles Konditionieren, die zweite als aversives, klassisches Konditionieren bezeichnet.

In der Verhaltenstherapie kommt der Strafe nicht wie in der Pädagogik die Funktion der Abschreckung und des Spürbarmachens der Schuld zu, sondern Fehlkonditionierungen werden rückgängig gemacht und die Hierarchie der Verhaltenswahrscheinlichkeiten umstrukturiert.

Wirkungen und Nebenwirkungen der aversiven Kontrolle

Durch direkte Strafreize wird eine Verhaltensrate zwar deutlich gesenkt, aber eine Reduktion des Verhaltens ist nur kurzzeitig und situationsabhängig. Das Individuum lernt zwischen bestraften und unbestraften Situationen zu unterscheiden und äußert das gewünschte Verhalten lediglich situationsspezifischer. Ein ausgesprochen negativer Nebeneffekt ist a) die mögliche Generalisierung der aversiven Merkmale auf Situationen, Gegenstände, andere Verhaltensweisen und vor allen Personen.

" Aversive Kontrolle in der Erziehung und Behandlung von Kindern erzeugt b) Angst bzw. konditioniert ganz allgemein Emotionen, die zumeist einer therapeutischen Wirkung der Strafe zuwiderlaufen " (V. KUHLEN, 1973, S. 59) (b) = Zusatz des Autors).

Aufmerksamkeit der Erwachsenen, die aversiv als Strafe beabsichtigt ist, kann c) als Verstärkung empfunden werden.

Als weitere Nebenwirkung von Strafe kann d) Aggression entstehen.

Die Motivation zu einer bestimmten Verhaltensweise ist nur über eine Extinktion abzubauen, während sie bei reiner Unterdrückung erhalten bleibt.

" Allgemein gilt : Wenn in der Kinderbehandlung Strafe überhaupt befürwortet wird, dann ausschließlich unter dem Aspekt der Unterstützung von operanten Verstärkertechniken " (V. KUHLEN, 1973, S. 63).

d) Verstärkung inkompatibler Verhaltensweisen

Jedem Fehlverhalten steht ein Verhalten gegenüber, welches mit jenem unvereinbar ist. Die Rate des Fehlverhaltens sinkt, wenn dieses antagonistische Wohlverhalten in angemessener Weise verstärkt wird. Vorteilhaft ist die Kombination von Maßnahmen zum Aufbau von Verhaltensweisen einerseits um zum Abbau von Fehlverhalten andererseits in der therapeutischen Anwendung (s. S. 63 o.).

Systematische Kontingenz-Änderung ("contingency-management")

Darunter wird eine zentrale Maßnahme verstanden, die alle genannten operanten Konditionierungstechniken einschließt. Es handelt sich um die Neuordnung der Verhaltens-Konsequenzen in der Umwelt (Eltern, Lehrer) des Individuums. Dabei sollen Verstärkungs- und Strafkontingenzen systematisch variiert werden, so daß sich kontrollierbare Veränderungen anhand eines Behandlungsplanes erreichen lassen.

C Konditionierungsmethoden zur Behandlung responderter Verhaltensweisen (vgl. S. 60)

Löschung (Extinktion) responderter Verhaltensweisen vollzieht sich dann, wenn der konditionierte Reiz mehrmals dargeboten wird, ohne daß der unkonditionierte Stimulus folgt. In der Verhaltenstherapie von Kindern hat sich dieses Paradigma im jetzigen Entwicklungsstand nicht als sehr bedeutsam erwiesen. Zuweilen wird in der Angst-Therapie nach der Löschungsmethode vorgegangen. Es handelt sich dabei um die Methode der Reizüberflutung (Implosivtherapie) (V. KUHLEN, 1973, S. 65).

Theoretisch und praktisch relativ weit ausgebaut und wesentlich erfolgversprechender ist demgegenüber die Methode der

Gegenkonditionierung. Gleichzeitig vorhandene Reize, die unvereinbare, also gegensätzliche Reaktionen auslösen, hemmen sich oder schwächen sich gegenseitig ab. Aus dieser Überlegung entwickelte sich die Technik der "Desensibilisierung" (Desensitivierung), die besonders in der Phobiebehandlung Verwendung findet.

" Wenn eine der Angst entgegengesetzte Reaktion in Gegenwart eines angst erzeugenden Reizes hervorgebracht werden kann, so daß sie von einer vollständigen oder teilweisen Unterdrückung der Angstreaktion begleitet ist, wird die Verbindung zwischen diesen Reizen und der Angstreaktion geschwächt " (WOLPE, 1958, S. 71).

In der Kindertherapie werden die inkompatiblen Reaktionen in den meisten Fällen durch Nahrung, Entspannung und sozialen Kontakt sowie Ermutigung hervorgerufen.

Lernen am Modell (stellvertretendes, beobachtendes Lernen)

Viele Lernprozesse lassen sich mit den Theorien der instrumentellen Konditionierung nicht erklären. Es konnte gezeigt werden, daß viele, auch sehr komplexe Verhaltensweisen ohne Verstärkung erworben werden. Schwimmen oder die Bedienung einer Maschine z.B. werden vielmehr in Prozessen des beobachtenden Lernens oder des "Lernens am Modell" angeeignet; ein operantes (handelndes) und nachträglich verstärktes Verhalten liegt nicht vor. Speziell im Bereich sozialer Verhaltensweisen ist ein großer Teil der Lernprozesse auf diesen Vorgang zurückzuführen.

Der Lernende vermag aber nicht nur, ein Verhalten darzubieten, welches er beobachtet hat. Er ist auch in der Lage, Elemente von Verhaltensweisen zu abstrahieren und zu neuem Verhalten zu kombinieren.

Während die Verhaltensaneignung von Verstärkungen unabhängig zu sein scheint, ist die Äußerung des Gelernten und ihre Wahrscheinlichkeit von Verstärkungsprozessen abhängig.

Untersuchungen verschiedener Autoren (BANDURA u. WALTERS, 1963; DOLLARD u. MILLER, 1950; BANDURA, ROSS u. ROSS, 1963) haben deutlich gemacht, daß Modell-Lernen nicht nur in direktem Kontakt mit dem Modell auftritt, sondern auch dann, wenn das Modell symbolisch auftritt, z.B. in Filmen, Puppenspielen, Erzählungen u.ä..

Stellvertretendes Lernen kann sowohl zum Aufbau neuer Verhaltensweisen als auch zur Reduktion oder zur Löschung von unerwünschten Verhaltensweisen therapeutisch verwendet werden. Beim therapeutischen Aufbau von Verhaltensformen lassen sich folgende Ansätze unterscheiden :

- Imitation motorischer Reaktionen in direktem Kontakt von Modell und Kind
(Die zu erlernenden Verhaltensweisen werden in standardisierten Situationen dargeboten, Imitation wird durch Hilfestellungen unterstützt und mit Verstärkern belohnt. Auf diese Weise erfolgen die meisten Lernprozesse im frühen Kindesalter.)
- Imitation verbaler Reaktionen
(Es handelt sich dabei um differentiell verstärktes Modelllernen, welches z.B. im Sprachtraining non-verbaler Autisten eingesetzt wird.)
- Imitation emotionaler Reaktionen
(Mitfühlen bei Filmen oder bei direkt beobachteten Emotionen ist ein Beispiel dafür. Bisher ist dieser Faktor noch nicht therapeutisch genutzt worden.)
- Imitation symbolisch dargebotener Modelle und Aneignung von "Rollen"
(Zum Fehlverhalten inkompatible Reaktionen werden situationsspezifisch beobachtet und vom Beobachter in das eigene Verhalten übernommen. Das ist auch im Rollenspiel und Rollenwechsel zwischen Modell und Kind möglich.)

Auch bei der Reduktion von inadäquaten Verhaltensweisen durch das Modell-Lernen sind verschiedene Ansätze zu unterscheiden :

- durch aversive Kontrolle
(Beobachtung von negativen Verhaltenskonsequenzen und Strafprozeduren führt zur Reduktion des betreffenden Verhaltens. Das System der "Strafe zur Abschreckung" beruht auf diesem Grundsatz.)
- durch stellvertretende Löschung
(In der Anwendung ist diese Form des stellvertretenden Lernens am besten ausgebaut worden und dient besonders der Therapie von Angstzuständen und Phobien. Das Lernen erfolgt durch sukzessive Darbietung des Angstobjektes bzw. die systematische Steigerung des Annäherungsverhaltens sowie das Ausbleiben aversiver Wirkungen für das Modell. Dabei zeigte es sich, daß reale Modelle in der Regel wirksamer sind als symbolisch dargebotene.)
- durch stellvertretende Löschung und Partizipation
(Die Beobachtung eines realen Modells - auch hier effektiver - wird mit sukzessiver Partizipation des Kindes am Annäherungsverhalten des Modells kombiniert.)
- durch stellvertretendes Lernen inkompatibler Reaktionen
(In Filmsequenzen wird das Fehlverhalten des Modells von negativen Konsequenzen gefolgt, gleichzeitig aber werden

inkompatible, erwünschte Verhaltensweisen als positiv verstärkte Alternativreaktionen im Prozeß des stellvertretenden Lernens dargeboten.)

Zur Unterstützung oder gar zur Übernahme der Therapie müssen die Eltern und Erzieher, die als Hilfs-Therapeuten fungieren sollen, einem Verhaltenstraining unterzogen sowie mit den Prinzipien der Verhaltenstherapie, der Verhaltensbeobachtung und -analyse vertraut gemacht werden. V. KUHLEN hat dazu ein Modell eines Trainingsplanes entworfen (1973, S. 171 ff.).

Bisher sind in der Verhaltenstherapie noch eine ganze Reihe von Fragen und Problemen offen (V. KUHLEN, 1973, S. 14). Sie kritisiert besonders, daß die Verhaltenstherapie nicht eindeutig zwischen Therapie und Experiment unterscheidet. Sie vermißt außerdem Publikationen über mißlungene Experimente oder Behandlungen, die weit mehr neue Informationen liefern würden als bestätigende Replikationen bekannter Methoden. Häufig wird noch nicht auf eine wissenschaftliche Kontrolle der Ergebnisse Wert gelegt. Sozialpsychologische Aspekte und sozio-ökonomische Bedingungen als ätiologische Faktoren müssen mehr Beachtung finden, was besonders in prognostischer und prophylaktischer Hinsicht von großer Bedeutung ist.

" Die Chance der Verhaltenstherapie liegt darin, daß sie selbst den Trend zur hochspezialisierten therapeutischen Richtung durchbricht und eine Weiterentwicklung in interdisziplinären Teams mit Sozialpsychologen, Sozialarbeitern, Ärzten und Heilpädagogen anstrebt, ohne ihren wissenschaftlichen Anspruch aufzugeben " (V. KUHLEN, 1973, S. 15).

(Lit. : BANDURA, 1961, 1967, 1969; BERGOLD u. SEIG, 1969; BLÖSCHL, 1969; CORREL, 1965; FLORIN u. TUNNER, 1972; FLORIN, TUNNER u. MANDEL, 1969; FRANKS, 1969; GINOTT, 1966; MOWRER, 1960; RACHMAN, 1964; TUNNER, 1970)

5. Gruppenpsychotherapie

Wie in der Einzelbehandlung kann auch in der Gruppenpsychotherapie eine Einteilung in analytische und nicht-analytische (stützende, zudeckende) Vorgehensweisen vollzogen werden. Als eine dritte konfliktdarstellende Gruppenmethode unterscheidet SCHRAML (1969¹, S. 116) das Psycho- und Soziodrama (MORENO) (s. S. 112).

Bei der zweiten Gruppe der Verfahren handelt es sich um die gemeinsame Durchführung stützender therapeutischer Methoden (z.B. autogenes Training, nicht-direktive Aktionsgruppen), die gegenüber der Einzeltherapie für den Patienten gewisse Vorteile bringt.

Der nachfolgende Abschnitt beschränkt sich auf die Darstellung der analytischen Gruppenpsychotherapie.

Erst Mitte der dreißiger Jahre wurden die Begriffe " Gruppenpsychotherapie " und " Gruppentherapie " von SLAVSON und MORENO eingeführt. SLAVSON sieht den Beginn der analytischen Gruppenpsychotherapie in der Einführung der "kleinen Gruppe" im Jahre 1934.

Die heutige Lage der Gruppenpsychotherapie beurteilt SLAVSON unter den folgenden Aspekten :

"; denn gegenwärtig arbeiten alle Initiatoren, Pioniere und Mitgestalter der Gruppentechnik nur noch mit kleinen Gruppen. Zum anderen liegt die Richtung, die von den meisten Psychotherapeuten eingeschlagen wird, im Rahmen der analytischen Psychotherapie. Jedoch finden wir hier eine große Variationsbreite : in der Tiefe des Aufdeckens und den Interpretationen, in der Rolle des Therapeuten, der Zugehörigkeit zu verschiedenen Schulrichtungen und vielen anderen FaktorenUnabhängig voneinander haben Forscher auf diesem Gebiet infolge ihrer verschiedenen Ausbildung, Schulzugehörigkeit, Erfahrung und der Eigenheit ihrer Persönlichkeit Methoden entwickelt, die aus diesen determinierenden Faktoren verständlich werden. Ein anderer Aspekt dieser Entwicklung ist die Tatsache, daß die erzieherisch-didaktischen Methoden (SLAVSON, 1954) heute kaum mehr angewandt werden. Dagegen haben sich die analytisch orientierten Gruppentherapien verschiedenster Schattierungen und Schulen herausentwickelt " (SLAVSON, in PREUSS, 1966, S. 11 f.).

Hier soll in der Darlegung der analytischen Gruppenpsychotherapie den Arbeiten von SLAVSON (1943, 5. Aufl. 1956) und PREUSS (1966) bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen gefolgt werden.

a) Grundlagen der Gruppenpsychotherapie

Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, daß der Mensch nicht nur ein Einzelwesen ist, sondern in das Gemeinschaftsleben hineingestellt ist. Erlebnis- und Verhaltensweisen werden durch Vorgänge in den Gruppen, in denen das Individuum lebt, beeinflusst.

Die "Gruppe" ist einerseits dadurch ausgezeichnet, daß die

Personen in ihr Wechselbeziehungen miteinander eingehen und aufeinander reagieren. Andererseits wird der Charakter einer Gruppe von der Absicht oder Zielsetzung bestimmt, unter der sich die Gruppe konstituiert hat.

Die "Gruppe" kann nun auch als Situation verstanden werden, in der Psychotherapie stattfinden kann. Sie ist demzufolge nicht Gegenstand, sondern Instrument der Behandlung.

" Es ist meine Auffassung, daß Psychotherapie immer individuell, also stets auf den einzelnen Patienten gerichtet ist, ganz gleich, ob sie aus einer Beziehung von zwei Menschen (Einzeltherapie) oder aus der Einbeziehung einer Anzahl von Menschen (Gruppentherapie) besteht " (PREUSS, 1966, S.16).

Einige Grundvoraussetzungen sind zu erfüllen, um eine therapeutische Gruppensituation zu schaffen :

- Die Gruppenmitglieder dürfen kein gemeinsames Gruppen-Ziel haben.
- Die therapeutische Gruppe kennt keine Autorität, das Zentrum der Gruppe ist auf alle Gruppenmitglieder verschoben.

Nur unter diesen Bedingungen kann die therapeutische Gruppe aufdeckend, analytisch sein und die Möglichkeiten zu einer Übertragung, Katharsis und anderen psychodynamischen Prozessen bieten.

Der einzelne verhält sich unbewußt in der Gruppe genauso wie anderswo. Typische Konfliktsituationen werden wieder hergestellt, Eigenschaften von Personen des realen Lebens aus Vergangenheit und Gegenwart auf die anderen Gruppenmitglieder - einschließlich den Therapeuten - übertragen ("multilaterale Übertragung" bei SLAVSON). Die Gruppenmitglieder werden Personifikationen der inneren Widerstände, Ängste und Reaktionsbildungen, es entsteht genau wie in der Psychoanalyse eine Übertragungsneurose. Für den einzelnen Menschen besteht ein Widerstand der alten neurotischen gegen neue, adäquatere Verhaltensweisen. In der Wechselwirkung mit den anderen Gruppenmitgliedern geht die Befreiung von diesem Widerstand vor sich; da gegenseitige Übertragungsabhängigkeiten zwischen den Gruppenmitgliedern bestehen, geht jede Änderung des einzelnen mit einer Änderung der Gruppe einher und umgekehrt.

Diese Aspekte machen den therapeutischen Charakter der Gruppe aus.

SLAVSON geht in seiner Arbeit (1956) besonders auf die Be-

schäftigungsgruppentherapie mit Kindern ein, sieht die Funktion der Gruppe aber ganz ähnlich :

"Für uns ist die Gruppentherapie eine Behandlungsform, in der der Therapeut keine Diskussion einleitet, auch Interpretationen werden nur sehr selten und nur bei Vorliegen besonderer Umstände gegeben. Die Änderung der Erlebnis- und Verhaltensweisen tritt allein dadurch ein, daß das Kind in einer aktuellen Situation lebt und neue Erfahrungen macht. Der Patient lebt und arbeitet mit anderen Kindern und kommt so in direkte und sinnvolle Beziehung mit ihnen. Als Folge dieses Erlebens kommt es zu einer Änderung der Gefühlstönung und der Verhaltensweisen bei ihm. Eine Gruppe im therapeutischen Sinne nennen wir das zwanglose Beieinander von drei oder mehr Personen, wenn es dabei zu einer direkten und dynamischen Wechselwirkung zwischen den Einzelnen kommt und - als deren Ergebnis - zu einer grundlegenden Änderung der Persönlichkeit jedes einzelnen Mitgliedes " (SLAVSON, 1956, S. 16).

Die Situation in den Gruppen von SLAVSON (vgl. die "nicht-direktive Spieltherapie", S. 48 ff.) ist gekennzeichnet von bedingungsloser Annahme der Kinder (bedingungslose Liebe). Antisoziales und destruktives Verhalten wird von den Therapeuten als Ausdruck der Persönlichkeit und der momentanen Nöte toleriert, wenn auch nicht gebilligt. Die neutrale und indifferente Haltung des Therapeuten ist für das Kind völlig neu. Die Toleranz wird als eine Behandlungsmethode gesehen und Ge- und Verbote werden erst nach und nach eingeführt. In Analogie zur Spieltherapie kommt es durch die Handlungen in der Gruppenpsychotherapie zu einer Handlungs-Katharsis, wobei aber mehrere Personen in das Agieren der Kinder miteinbezogen sind. Heilsam ist eine Gruppe dann, wenn in ihr die Möglichkeit besteht, das affektive Gleichgewicht wiederherzustellen.

Die Gruppenatmosphäre führt zu Verhaltensänderungen, denn sie bietet Sicherheit und neue soziale Erlebnisse, sie kann als Versuchsfeld für neues Erleben und Verhalten betrachtet werden, sie befriedigt den Wunsch nach Anerkennung in der Gemeinschaft ("sozialer Hunger"), bietet Bezüge zum Gesamtleben und ist hauptsächlich durch ihre Ähnlichkeit mit der Familiensituation charakterisiert. In einer guten Atmosphäre werden Kinder ihr Verhalten so lange ändern, bis es von den "Ersatz-Familienmitgliedern" angenommen werden kann.

Auf vier Haupterfordernisse der Patienten muß die Gruppenpsychotherapie der Kinder eingehen :

- Bedürfnis nach Liebe und Geborgenheit,
- Aufbau gebrochenen Ich- und Selbstwertgefühls,

- Erwerb eines genuinen Interesses für die Freizeitbeschäftigung,
- Erfahrung von wertvollen Gemeinschaftserlebnissen.

b) Praxis der Gruppenpsychotherapie (SLAVSON, 1956)

Für die Einteilung der Kinder in Gruppen ist es sehr wichtig, daß der Therapeut genau über die Hauptkonflikte, das soziale Verhalten und die körperlichen Gegebenheiten jedes einzelnen Kindes informiert ist.

Auf Integrationskonferenzen wird das Verhalten des Kindes zwischen Gruppentherapeut, Psychiater und Case Worker (Fürsorger) diskutiert.

Hauptaufgabe des Therapeuten in den Therapiestunden ist es, sich möglichst als neutrale Person zu verhalten, damit ihn jeder Patient entsprechend seiner individuellen Problematik einordnen kann. Er ist freundlich und bereit zu helfen, macht aber keine Vorschläge. Er schenkt seine Aufmerksamkeit nie einem Kind in besonderem Maße.

Die Kinder haben in der Therapiestunde die Freiheit zu machen, was sie wollen. Dies ist für sie wohl das eindruckvollste Erlebnis. Alle Spiele, Werkzeuge und Materialien stehen ihnen zur freien Verfügung. Diese Dinge sind so ausgesucht, daß sie das Interesse der Teilnehmer je nach Alter und Geschlecht ansprechen. Die Gruppen unternehmen Ausflüge, Reisen und Besichtigungen, nehmen Mahlzeiten zusammen ein und treiben Sport. Bei all diesen Aktivitäten kommt es nach und nach zu Interaktionen der Kinder, es kommt zu Zuneigungen und gelegentlich zu Freundschaften. Es ergibt sich häufig das Bild einer Familiensubstitutionsgruppe, in der der Therapeut die Eltern, die anderen Gruppenmitglieder die Geschwister vertreten.

In einer freundlichen und beruhigenden Atmosphäre besteht für die Kinder keine Notwendigkeit, sich antisozial zu verhalten. Konstruktive Züge im Verhalten, Verantwortungsbewußtsein für Material und Einrichtung des Raumes, Planung und Vorbereitung der Unternehmungen nehmen im Verlaufe der Therapie zu.

Der Raum für die Therapiestunde sollte weder zu groß noch zu klein sein, um einerseits die Reizbarkeit und die Feindschaften sowie die Aggressionen der aggressiven Kinder und die Scheu der scheuen Kinder zu verhindern, andererseits aber auch

Weglauftendenzen und Verfolgungsängste nicht zu mobilisieren.

c) Die Auswahl der Patienten

SLAVSON stützt sich zur Einteilung der Gruppen mehr auf das Symptomenbild als auf diagnostische und klinische Gesichtspunkte. Nach seiner Meinung sind die psychiatrischen Klassifikationen nicht ausreichend. Eindeutige Psychosen und Psychopathien sowie schwerste Verhaltensstörungen haben in der Gruppenpsychotherapie schlechte Behandlungsaussichten.

Für eine aussichtsreiche Indikation zur Gruppentherapie müssen nach GERTRUD GOLLER (in SLAVSON, 1956, S. 69) drei von vier Faktoren in Kombination vorliegen :

1. Das Kind muß unter 13 Jahren alt sein,
2. es muß inadäquaten sozialen Kontakt gehabt haben,
3. es muß neurotisch sein oder neurotische Züge haben,
4. es muß unfähig sein, mit anderen Kindern auszukommen oder sich in einer Situation befinden, in der es aggressive Ausdrucksmöglichkeiten braucht.

Hauptkriterium für die Eignung eines Kindes zur Therapiegruppe ist der "soziale Hunger" (s.S. 71). Weitere Anhaltspunkte bieten das Verhalten gegenüber den Geschwistern und allgemeine Kontaktprobleme.

Faktoren der Fehlanpassung, die gut in der Gruppenpsychotherapie angegangen werden können, sind :

Aggression, Angst, Gefügigkeit, Suggestibilität, Zurückgezogenheit und schlechte Angewohnheiten.

Überaktiven, motorischen, eigenwillig-schöpferischen, tagträumenden, autistischen, egozentrischen, verweichlichten und schizoiden Kindern kann die Gruppe Vorteile bringen.

Folgende Hauptsymptome werden von SLAVSON (1956, S. 81) als Überweisungsgründe zur Gruppenpsychotherapie genannt :

- dispositionelle Auffälligkeiten,
- Erziehungsschwierigkeiten,
- aggressives Verhalten,
- zurückgezogenes Verhalten,
- andere neurotische Züge und Symptome.

Bei Gruppenpsychotherapie als alleiniger Behandlungsform sind es besonders :

Unzugänglichkeit, Verslossenheit, Infantilismus, Geschwisterrivalität, Geschwister-Symbiose, emotionale Ausnutzung der Kinder.

Gruppentherapie kann als alleinige Behandlungsform oder in Ergänzung zu einer Einzeltherapie durchgeführt werden.

Nach der Ansicht von SLAVSON sind Kinder mit den nachstehend aufgeführten Charakteristika für eine Gruppenbehandlung nicht geeignet :

narzißtische Kinder, Kinder mit Strafbedürfnis, oral-aggressive, aktiv-homosexuelle, extrem aggressive Kinder sowie Kinder mit Mordgelüsten.

d) Planung und Zusammenstellung der Gruppen

Bei der Zusammenstellung der Gruppen muß der mögliche Einfluß, den die Gruppenmitglieder aufeinander haben können vorher berücksichtigt werden. Die Charaktereigenschaften der Kinder und ihre möglichen Rollen sind von Wichtigkeit (Instigatoren, Neutralisatoren, soziale Neutren, Sündenböcke, Katalysatoren, Ich-Stützen) außerdem das Alter, das Geschlecht und die Probleme der Kinder.

Die ideale Therapiegruppe besteht aus fünf oder sechs Kindern, kann aber in späteren Stadien auf acht erhöht werden.

Die wichtigste Überlegung für die Gruppierung ist das Bestreben, die problematische und traumatische Atmosphäre des Elternhauses und der Schule zu vermeiden. Der äußere Druck soll in der Gruppe vermindert und dem Kind ein Hort der Geborgenheit geboten werden. Dazu bedarf es einer detaillierten Information über die Charakterstruktur des Kindes, die soziologische Struktur seines Zuhauses, über die Schule und andere Bezugspersonen.

e) Der Erwachsene in der Gruppe (der Therapeut)

Auch hier in der Gruppe ist die Grundbedingung der Psychotherapie der Aufbau einer positiven Beziehung zwischen Therapeut und Patienten.

" Die therapeutische Situation wird jedoch erst dort wirksam, wo die Übertragung positiv wird " (SLAVSON, 1956, S. 106) (vgl. A. FREUD, S. 15).

Trotz seiner neutralen Haltung stellt der Therapeut einen Mittelpunkt in der Gruppe dar. Er hat einen synthetisierenden Einfluß und fördert die Beziehungen zwischen Kind und Gruppe und der einzelnen Kinder untereinander. Er vermittelt durch seine Haltung positive Lebenseinstellungen und ist ein "idealer Elternteil". Es ist seine Aufgabe, die Persönlichkeiten der Kinder voll zu akzeptieren (vgl. R.u.A. TAUSCH, S. 53),

nicht jedoch ihr antisoziales Verhalten. Er verteilt keine Tadel oder Ablehnungen, macht seine Haltungen aber durch dosiertes Lob deutlich (Gegensatz zu R.u.A. TAUSCH, S. 51/52).

Der Therapeut ist bemüht, jede positive schöpferische Handlung (nicht jedoch soziale Handlungen) zu loben und die Aufmerksamkeit der Gruppe darauf zu lenken. Die Kinder lernen bald, von sich aus andere zu betrachten und zu loben.

Der Therapeut versucht in seiner Beziehung zu den Kindern :

1. das Kind anzunehmen, auch bei Provokationen,
2. des Kindes Abhängigkeiten nicht zu stärken,
3. die Eifersucht und die daraus entspringenden Aggressionen der anderen Kinder zu verhüten.

In manchen Situationen (bei aggressiven Angriffen und Impulsen z.B.) ist ein Eingreifen des Therapeuten erforderlich, wobei das Vorgehen an den Bedürfnissen des Kindes orientiert sein soll. Niederlagen des Therapeuten sind von vornherein zu vermeiden. Bei direkten Angriffen oder Beschimpfungen kann es sogar einmal nötig werden, ein Kind zu bitten, den Raum zu verlassen. Der Therapeut soll dabei aber keine Emotionen zeigen.

Zwei Grundsätze der Arbeit sind bei SLAVSON :

- Tu nichts, sag` nichts; im Zweifelsfall nichts tun !
- Wir verstehen alles, tolerieren viel, billigen jedoch nur wenig.

Das Maß der Anwendung von Autorität des Therapeuten muß notwendigerweise auf die einzelnen Kinder, ihr Alter (unter sechs Jahren müssen äußere Begrenzungen in Form von Ge- und Verboten gegeben werden, bei älteren Kindern ist die Anwendung der Autorität auf ein unbedingt notwendiges Maß zu beschränken) und andere individuelle Faktoren abgestimmt werden. Mit zunehmender Reife der Mitglieder, steigender Gruppenintegration und verbesserter Beziehung zum Therapeuten werden von diesem bewußt Versagungssituationen gesetzt. Noch größere Wirkung hat aber der "situative Zwang" der Gruppe.

" Für unsere Arbeit ist es zunächst wichtig, eine so lebendige Atmosphäre zu schaffen, daß das einzelne Kind das in ihm liegende Bedürfnis, Teil einer Gemeinschaft zu sein, befriedigen kann. Diese Anpassung ist für das junge Kind viel wichtiger als alle je vom Therapeuten anwendbaren Techniken. Techniken sind nur ein Hilfsmittel und bleiben dem therapeutischen Hauptfaktor - der therapeutischen Situation - gegenüber immer sekundär " (SLAVSON, 1956, S. 125).

Der Therapeut sollte sich nach SLAVSON nicht auf das Niveau der Kinder begeben; Scherze und Albernheiten, Witze und Verspieltheit sind ihm nicht erlaubt (vgl. J. BERNA, S. 28), da der Therapeut das "Gruppen-Über-Ich" und für das einzelne Kind das "Ich-Ideal" darstellt.

Außerdem vermeidet der Behandler j e d e Form eines körperlichen Kontaktes.

Zu den Eltern nimmt der Therapeut keinerlei Beziehungen auf (s.S. 90 f. dazu); auch der Einzeltherapeut und der Gruppentherapeut sind für das Kind zwei verschiedene Instanzen, die nichts miteinander zu tun haben.

Welche persönlichen Eigenschaften vom Gruppentherapeuten erwartet werden, soll in einem anderen Abschnitt erörtert werden (s.S. 87)

" Der Therapeut ist eine Kombination von Eltern, Lehrer, Ratgeber und Fürsorger " (SLAVSON, 1956, S. 132).

R. SCHINDLER (1961, S. 1 ff.) diskutiert die Position des Therapeuten in der Gruppe nach gruppendynamischen Gesichtspunkten.

f) Der therapeutische Vorgang

Der Hauptvorgang bei der Korrektur der Persönlichkeitsstörungen liegt darin, die ständig Probleme erzeugenden Faktoren für das Kind zu beseitigen. Es soll in der Therapie ein emotionales Milieu geschaffen werden, daß die bisherigen Auffassungen des Kindes von Welt und Realität völlig verändern kann. Da bei Kindern eine Einsicht in die eigenen Schwierigkeiten nicht vorausgesetzt werden kann, ist eine situative Therapie wie die Gruppenpsychotherapie hier einer verbalen Therapieform vorzuziehen.

Wie andere Formen der psychotherapeutischen Behandlung, so versucht auch die Gruppenpsychotherapie eine Verminderung der Angst zu erreichen. Durch eine Beseitigung von sozialen Einschränkungen, Zwängen und moralischen Wertsetzungen kann ein neues Normen- und Wertsystem aufgebaut werden. Der Affekthunger wird in der Gruppe gestillt und ein Familienersatz geschaffen.

Mögliche Wirkungen der Gruppentherapie sind :

1. Befreiung durch Aktivität,
2. emotionale Neuorientierung bei Akzeptierung von Aggressionen,
3. Entwicklung von Selbstvertrauen,
4. Förderung des Verständnisses für andere,
5. Anpassung an eine größere soziale Ordnung und eine weitere Umwelt,
6. Klärung sexueller Probleme und damit verbundener Schwierigkeiten,
7. wachsende Toleranz gegenüber Fehlschlägen und Enttäuschungen,
8. Hilfe in der Persönlichkeitsentwicklung,
9. Ersatz eines persönlichen Normen- und Wertsystems durch ein gruppeneigenes.

g) Variationen der Gruppenpsychotherapie

Neben der Beschäftigungsgruppentherapie, wie sie hier dargestellt wurde, kennt SLAVSON verschiedene Variationen :

Die Beschäftigungs-Interview-Gruppentherapie kombiniert Spiel, Diskussion und therapeutische Gespräche und nimmt außerdem eine Beratung von Schule und Elternhaus vor.

In der Interview-Gruppentherapie handelt es sich um Gespräche und Diskussionen der Gruppenmitglieder, die zu Einsichten und Verhaltensänderungen führen. Die Haltung des Therapeuten ist eher passiv.

Übergangsgruppen stehen nach Abschluß der Gruppenpsychotherapie für drei Monate gemeinsam in einem größeren sozialen Rahmen in einem Gemeinschaftshaus.

Eine weitere Anwendungsform der Gruppenpsychotherapie sind - vornehmlich für kleinere Kinder - die therapeutischen Spielgruppen.

Darüberhinaus können Müttergruppen gebildet werden, die bei entsprechender Zusammensetzung der Gruppen (intellektuelles und sprachliches Niveau) und bestimmten Programmen Verhaltensänderungen der Mütter ihren Kindern gegenüber bewirken (s. S. 89 ff.).

FRIEDEMANN (in PREUSS, 1966, S. 101 ff.) betont für die Gruppenpsychotherapie mit Kindern deren Rollenbedürfnis (besonders im Alter von drei bis sieben Jahren), welches einen Zugangsweg zum Kind und seinen Nöten bietet.

Im geleiteten Gruppenspiel spielt eine gewährende und dulden- de Vater- oder Mutterfigur mit, die Aggressionen kanalisiert und Grenzen, die durch die Realität gegeben sind, erträglich macht.

Vom neunten Lebensjahr an empfiehlt FRIEDEMANN das freie Regelspiel :

Die Kinder können frei entscheiden, was sie spielen wollen. Es darf allerdings nur zerstört oder angegriffen werden, was

ersetzbar und nicht mit irgendwelchen Schäden verbunden ist. Die Kinder sollen etwas erfinden oder erdenken, was in das Spiel umgesetzt wird. Übernommene Rollen oder Regeln sind für alle Teilnehmer verpflichtend. Jeder soll andere zur Geltung kommen lassen. Die Spieler dürfen niemanden am Körper berühren, und es wird darauf geachtet, daß alle Handlungen nur "als ob" ausgeführt werden. Dies entspricht einem Staggreif-theater.

"Wir gehen hier einen anderen Weg als MORENO oder SLAVSON. Es werden damit unkontrollierbare Hemmungen, aber auch Situationen, die zu Schuld- oder Rachegefühlen Anlaß geben könnten, vermieden" (FRIEDEMANN, in PREUSS, 1966, S. 107).

Wie ZULLIGER (vgl. S. 19 ff.) unterstreicht FRIEDEMANN die deutungsfreie Kinderanalyse. Der Therapeut soll sich in seinen Spieleingriffen auf der Symbolstufe halten. Neben der deutungsfreien Analyse bewirkt das freie Regelspiel, daß Aggressionen ihrer realen Gefahr entkleidet und verschiedenste Triebansprüche mehr und mehr kanalisiert und sozialisiert werden.

h) Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen

SLAVSON empfiehlt für dieses Lebensalter die von ihm entwickelte "Para-analytische Gruppenpsychotherapie", die der besonderen, u.a. von Widerstand und Mißtrauen gegen Erwachsene gekennzeichneten Situation der Jugendlichen gerecht werden soll. Es handelt sich dabei um eine

"Kombination aus analytischer Psychotherapie, von der sie sich ableitet, Beratung, Führung und Orthopädagogik" (SLAVSON, in PREUSS, 1966, S. 81).

Diese Technik ist durch folgendes u.a. charakterisiert:

- Gruppensprachen, die eine Mischung aus Aufdecken, Exploration, Beurteilung, Diskussion und Didaktik sind (vgl. A. DÜHRSEN, S. 36),
- Behandlung aktueller Themen aus dem Leben des Patienten (Genaueres, s. SLAVSON in PREUSS, 1966, S. 80 f.).

WIESENHÜTTER (in PREUSS, 1966, S. 111 ff.) hält zwei Prinzipien für die stationäre Gruppenpsychotherapie Jugendlicher für entscheidend:

Einmal geht es darum, daß sie nicht nach Alter und Symptomen (vgl. SLAVSON, S.73), sondern nach charakterologischen und analytischen Kriterien in Gruppen zusammengestellt und in Zimmern zusammengelegt werden. Andererseits muß eine erzieherische Einstellung des Personals auf analytischer Grundlage vorhanden sein, da auf einer Station Psychotherapie 24 Stunden am Tag zu betreiben ist. (Diese Prinzipien wurden bereits von A. AICHHORN in "Verwahrloste Jugend", 1925, 1965, vorgeschlagen.)

Bei der stationären Therapie ist es vorteilhafter, nicht mit starren und gleichbleibenden Gruppen zu arbeiten wie in der ambulanten Therapie, denn die Jugendlichen sind in verschiedenen Leistungsbereichen sehr unterschiedlich (Sport, Spiel, Sprache, Kontakt, Schule etc.). Daher muß den Jugendlichen die Möglichkeit geboten werden, sich gegebenenfalls aus Gruppen auszuschließen.

Während bei SLAVSONs Therapie mit Jugendlichen Aussprachen im Mittelpunkt stehen, hebt WIESENHÜTTER mehr die Gestaltungstherapie hervor. Seiner Meinung nach ist über das Gespräch nur relativ wenig auszurichten.

Eine "weiche Welle" in der Erziehung wird von ihm nicht befürwortet, Kontrollbesprechungen dazu zwischen Erzieher und Therapeut empfohlen. Bei der Auswahl der Erzieher sollte so vorgegangen werden, daß möglichst viele Übertragungsfiguren für den Jugendlichen bereitstehen.

Im Anschluß an eine stationäre Gruppenpsychotherapie erscheint nur in wenigen Fällen eine Fortsetzung der Therapie in ambulanter Form nötig. Eine Nacharbeit mit Lehrern, Betriebs- und Jugendleitern ist aber angeraten, um die Wiedereingliederung der Jugendlichen in verschiedene Gruppen und Gemeinschaften zu erleichtern.

Bei der ambulanten Gruppenpsychotherapie schlägt WIESENHÜTTER für die jüngeren Jahrgänge ein ähnliches Vorgehen vor wie SLAVSON bei den Kindern. Für die 15 - 18-Jährigen ist eine Einzeltherapie oder die Eingliederung in Gruppen Jüngerer, wo sie Führerrollen übernehmen können, vorteilhafter, da diese Jugendlichen oft aus den ambulanten Gruppen herausstreben. Für ältere Jugendliche ist die analytische Gruppentherapie der Erwachsenen geeignet.

Die Entwicklung spezieller Therapieverfahren für Jugendliche hält WIESENHÜTTER nach eigenen Erfahrungen nicht für notwendig. Am Ende der Therapie sollte eine Durchsprache mit analytischen Deutungen des Therapeuten stehen (vgl. ZULLIGERS "Spaziergangs-Behandlung", S. 22 u. 114).

Bei jüngeren Jahrgängen wird gegen die Bildung von Spontangruppen außerhalb der Therapie nichts unternommen.

(Lit. : ANTHONY, 1957; BATTEGAY, 1961; BIERMANN, 1964³; BOENHEIM, 1957; FRIEDEMANN, 1957, 1959, 1960; KEMPER, 1960; MOWRER, 1964; SCHINDLER, 1961; SLAVSON, 1956; PREUSS, 1966; TEIRICH, 1959; WIESENHÜTTER, 1961)

6. Familientherapie

Diese Therapie, die sich in den letzten 20 Jahren in besonderer Weise entwickelt hat, basiert auf der innigen Verknüpfung der Kinder und Jugendlichen mit dem häuslichen Milieu.

Mutter, Vater und Verwandte, aber auch Geschwister, Lehrer und Freunde werden gegebenenfalls in die Therapie einbezogen.

Bedeutende Vertreter dieser Richtung sind H.E. RICHTER in Deutschland und N.W. ACKERMAN in den USA.

Die Methode ist besonders in Fällen geeignet,

" bei denen die intrafamiliären, bzw. innerhalb der Gruppe sich abspielenden Vorgänge das Hauptanliegen sind " (SPIEL, 1967, S. 9).

ACKERMAN (in BIERMANN, 1969², S. 666 ff.) unterscheidet drei voneinander abweichende Formen der Familientherapie :

1. Umerziehung der Familie durch Beratung,
2. Umstrukturierung durch Veränderung der Bahnen, innerhalb derer die Kommunikation der Familie stattfindet,
3. Lösung des pathogenen Konfliktes und Auslösung von Veränderung und Wachstum durch dynamische und auf die Tiefe gerichtete Behandlung der affektiven Strömungen innerhalb der Familie.

Auf diese dritte Form soll hier näher eingegangen werden.

Die Methode besteht in dynamisch angelegten Therapiestunden, an denen die ganze Familie teilnimmt. Die Behandlung konzentriert sich auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit der Familie als Gruppe und die emotionale Funktionsfähigkeit der einzelnen Mitglieder.

Endziel ist nicht nur die Beseitigung von Symptomen, sondern die Begünstigung neuer Lebensformen. Psychische Leiden und Störungen sollen beseitigt werden, die Bereiche von Gesundheit und Wachstum sollen vergrößert werden. Dies geschieht durch verschiedene Mechanismen :

1. Pathogene Konflikte und Angst werden aufgelöst.
2. Gefühlsbereiche werden erweitert.
3. Die Widerstandskraft der Familie in Krisensituationen wird gestärkt.

4. Ein harmonisches Gleichgewicht der Familienfunktionen wird ermöglicht.
5. Der einzelne wird gegen zerstörende Kräfte aus der Innensituation und der Familienumwelt gestärkt.
6. Identitäts- und Wertvorstellungen der Familie werden in eine gesunde und entwicklungsfördernde Richtung gewiesen.

Im Gegensatz zur bisherigen Therapie soll das Kind nicht mehr allein therapiert werden. Eine Solidarisierung des Therapeuten mit dem Kind gegen die Eltern und die Familie wird abgelehnt. Getrennte Einzeltherapie verschiedener Mitglieder scheint die Familie eher auseinander- als zusammenzubringen.

Die Familientherapie betrachtet genau die psychische Ansteckung innerhalb der Familienbeziehungen sowie die Verschleppung psychogener Konflikte und Verhaltensweisen von einer Generation zur anderen (" Familienneurose "). Sie versucht die vielfältigen, miteinander verwobenen Störungen der Familiengruppe zu erkennen.

Diagnose und Behandlung sind miteinander verflochten. Daher wird die ganze Familie eingeladen, unabhängig davon, welches Familienmitglied als krank zu bezeichnen ist.

Die Behandlungsstunden mit der Familiengruppe können sowohl in der Praxis wie zu Hause stattfinden. Hausbesuche sind oft sehr wertvoll, da die Problematik eines Familienmitgliedes häufig in den Vordergrund geschoben wird, obwohl mehrere Familienmitglieder gestört sind. Kritische Situationen führen zu Erschütterungen des Familiengleichgewichtes, lösen plötzlich Familienkonflikte aus und erfordern die Hilfe des Therapeuten.

In der Therapiesitzung mit der ganzen Familie kann dem Therapeuten kaum etwas verheimlicht werden; ein Mitglied wird früher oder später auch "Geheimnisse" kundtun. Der Therapeut versucht die Eigenarten der Familienmitglieder, ihre Rollen und Wechselbeziehungen möglichst bald zu erkennen. Er bemüht sich, die Sprache der Familie zu erfassen und das zu erraten, was sie verschweigen. Er interessiert sich für das Gesamt des Familienverhaltens, um Konflikte und ihre Bewältigung, die Verteidigungsmechanismen und die Auseinandersetzungen zwischen rivalisierenden Familienidentitäten, -werten und -verhaltensmustern.

Der Therapeut ist Kritiker, Stütze, Vermittler und Versöhner

in einer Person.

Seine Funktionen werden von ACKERMAN (in BIERMANN, 1969², S. 675) folgendermaßen zusammengefaßt :

1. Der Therapeut ermöglicht einen hilfreichen Rapport sowie Einfühlung und Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern und ihm selbst.
2. Er benutzt diesen Rapport, um die Erscheinungen eines größeren Konfliktes und das Verhalten gegenüber diesem Konflikt zu beeinflussen. Er macht den Konflikt deutlich, indem er Hemmungen, defensives Versteckspiel, Verwirrung und Mißverständnisse auflöst. Nach und nach versucht er, der Familie ein klareres und realistischeres Bild über die Art der Störung zu vermitteln.
3. Er wirkt einer unangemessenen Leugnung, Entstellung und Rationalisierung des Konfliktes entgegen.
4. Er wandelt latent verborgene interpersonale Konflikte in offen ausgetragene um.
5. Er hebt den interpersonalen Konflikt auf die Ebene des interpersonalen Austausches.
6. Er hebt die Gewohnheit auf, einen Teil der Familie zum Sündenbock zu machen; denn so war ein Teil der Familie ständig auf Kosten des anderen gestärkt worden.
7. Er spielt in gewissen Grenzen die Rolle einer wirklichen Elternfigur, eines Wächters in Gefahr, einer Quelle emotionaler Unterstützung. Er trägt etwas bei, was die Familie dringend braucht, aber bis dahin entbehrt hat. Seine emotionale Tröstung der Familie ist in sich eine Art von Therapie.
8. Er durchschaut und erschüttert den Widerstand und vermindert die Intensität des gemeinsamen Konfliktes, der gemeinsamen Schuldgefühle und der gemeinsamen Angst. Er konfrontiert und interpretiert, aber größeres Gewicht liegt auf der Konfrontation.
9. Er wird zu einem persönlichen Maßstab für die Realitätsvorstellungen der Familie.
10. Er verkörpert fruchtbare Alternativ-Vorstellungen für ein gesundes Zusammenleben und erzieht gleichzeitig die Familie in diesem Sinne.

Familientherapie wird gesehen als eine Therapie "in vivo", nicht "in vitro". Sie bemüht sich, nicht einen Teil der Familie gegen die anderen aufzuhetzen oder umgekehrt, sondern versucht, allen zu helfen. Sie bietet den Nährboden, auf dem gegenseitiges Verständnis, Respekt und Wertschätzung sich entwickeln können. Sie bietet die Grundlage für eine eventuelle Reifung und Entwicklung der Familie, sie bereitet den Weg für bessere Beziehungen und für eine bessere Lebensform.

SPIEL sieht in dieser Methode einige Schwierigkeiten, die unbedingt eingeplant werden sollten :

" Die intrafamiliären Tendenzen, die Spannungen und Rollenverteilungen sind nicht immer gleich durchschaubar und schwer zu manipulieren, die Interventionen von Familienmitgliedern sind häufig, der Therapeut wird zu einem Mitspieler in der Familie und übernimmt damit eine ihn oft überfordernde Verantwortung. Andererseits hat diese Methode auch ihre guten Seiten. Durch eine kluge "Regieführung" wird man bei oft sehr verzahnten und ineinander verhedderten Fällen, die eigentlich nie ganz gelöst werden können, doch noch eine gewisse Wirkung entfalten können " (SPIEL, 1967, S. 8).

(Lit. : BIERMANN, 1964²; SAGER u. KAPLAN, 1972; SCHINDLER, R., 1966; RICHTER, 1967)

7. Heilpädagogik und Psychagogik

Abschließend sei in diesem Kapitel noch ganz kurz auf diese beiden Bereiche eingegangen.

Heilpädagogik ist der Sonderbereich der allgemeinen Pädagogik und Psychiatrie, der sich der verhaltensgestörten, hirnkranken, schwachsinnigen, der körper- und sinnesdefekten Kinder annimmt. Sie hat spezielle unterrichtstechnische, methodische und individuelle Maßnahmen entwickelt, um Kindern, die in irgendeiner Weise von der Norm abweichen, zu helfen, sich ihren Anlagen gemäß entfalten zu können, Funktions- und Leistungsdefizite zu beseitigen. Somit bestehen enge Beziehungen zur Sozialfürsorge und zur Pädiatrie.

Über die bisher genannten Maßnahmen hinaus bemüht sich die Heilpädagogik aber auch darum, die schöpferischen Leistungen der Kinder anzuregen, sie zu lehren, kompensatorische Leistungen zu vollbringen und - trotz allem - Selbstverwirklichung und Lebensglück zu erreichen. Außerdem muß es gelingen, den gestörten Menschen trotz seines Defektes aus seiner Isolierung heraus in die Gemeinschaft und auf eine höhere Stufe seines Persönlichkeitsniveaus zu führen.

SPIEL sieht die Aufgabe der Psychotherapie wie der Heilpädagogik darin, " Erziehung im höchsten Sinn des Wortes " möglich werden zu lassen.

" Psychotherapie setzt intrapsychisch wirkende Manipulationen, um Neurosen und Charakterstörungen von ihrer ursächlichen Verknüpfung her zu beeinflussen; die Heilpädagogik versucht dies durch unterrichtsmethodische und technische Kunstgriffe, fördert somit die Anpassung des Gestörten und Anormalen " (SPIEL, 1967, S. 79).

Einrichtungen und Mittel der Heilpädagogik müssen je nach Art

und Grad der Anomalien sehr vielgestaltig sein. So dienen der heilpädagogischen Erziehung neben Sonderschulen Erziehungsberatungsstellen, Erziehungsheime und Spezialabteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern.

(Lit. : ASPERGER, 1965)

Psychagogik ist ein nur im deutschsprachigen Raum gebräuchlicher Begriff. Er bezeichnet

" im weiteren Sinne jede seelische Führung. In der Psychiatrie spezieller die Resozialisierung verhaltensgestörter Kinder, wobei man sich psychoanalytischer und pädagogischer Methoden bedient. Besonders gefördert von A. KRONFELD " (PETERS, 1971, S. 345).

SCHRAML (1969¹) kennzeichnet als Psychagogik eine Gruppe von Verfahren, die sich einmal als zielgerichtete und methodische Verfahren zur psychologischen Hilfe, Selbsterkenntnisvermittlung und Führung von dem allgemeinen klinischen Umgang mit Menschen unterscheidet. Von der Psychoanalyse und der analytisch orientierten Psychotherapie trennt sie die Interpretation der Übertragung und der unbewußten Inhalte, welche es bei den psychagogischen Verfahren nicht gibt. Sie bemüht sich nicht um Lernvorgänge wie die Verhaltenstherapie und ist nicht auf physiologische Regulationen ausgerichtet wie die stützenden (physiologischen, organismischen) Verfahren.

" Die psychagogischen Verfahren sind sowohl symptom- als auch persönlichkeitsorientiert; sie beschäftigen sich vorwiegend mit der aktuellen Problematik und arbeiten sowohl individualistisch als auch sozial hinsichtlich Methode und Ziel. Der Therapeut ist öfter aktiv als nicht-direktiv, er deutet weder Interaktionen noch unbewußte Produktionen " (SCHRAML, 1969¹, S. 83) (vgl. S. 10 ff.).

SCHRAML (1958) gibt eine nach methodischen Gruppen geordnete Zusammenstellung der psychagogischen Verfahren :

1. Individuelle Verfahren

a) aktiv-fördernd

(Anlehnung an die klassische Pädagogik, starke Überlegenheit des Behandlers)

b) aktiv-erklärend

(auf der angenommenen Kenntnis der psychologischen Situation basierendes Zureden, das an die rationale Einsicht appelliert, Übertragung)

c) aktiv - aber gemeinsam Einsichten erarbeitend

(Es wird versucht, die Konfliktsituation des Patienten mit

ihm gemeinsam an Hand eines psychologischen Modells zu erhellen (ADLER, 1912, 1924; KÜNKEL, 1932, 1939); Atmosphäre des Verstehens und Ermutigens, später auch von ROGERS in der nicht-direktiven Psychotherapie)

d) passiv-anhörend

(Anhören des Patienten ohne oder mit sehr wenigen stellungnehmenden Kommentaren hat zumeist eine kathartische Wirkung.)

2. Gruppen-Verfahren

a) aktiv-planend

(Einführung eines Patienten in eine nicht-therapeutische, bereits bestehende soziale Gruppe)

b) aktiv-planend-interessenbetont

(im Anschluß an Erziehungsberatungsstellen heilpädagogische Gruppen gemeinsamen Tuns, Spiels, Sports, Werkens etc.; Arbeitsgruppen, Beschäftigungsgruppen, Musiktherapie)

c) Die Gruppensituation als therapeutischer Faktor

(im Unterschied zur analytischen Gruppenpsychotherapie vier Hauptkonzepte :

- topologische Sozialpsychologie (K. LEWIN, 1953),
- nicht-direktive Psychotherapie (ROGERS, AXLINE, 1947, R.U.A. TAUSCH, 1956),
- Psycho- und Soziodrama (MORENO, 1946),
- nicht-analytische tiefenpsychologisch orientierte Gruppenpsychotherapien (HINCKLEY u. HERMANN, 1954))

3. Indirekte psychagogische Maßnahmen

(Milieuveränderung, Milieuthérapie, soziale Therapie, psychologische Sozialarbeit (Casework))

Die psychagogischen Verfahren zeichnen sich dadurch aus, daß sie von verschiedenen Berufsgruppen (Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Erziehungs- und Pflegepersonal) erlernt und angewendet werden können. Eine ärztliche (organismische, stützende Verfahren), psychologische (Verhaltenstherapie) oder psychoanalytische (analytische Psychotherapie) Ausbildung ist nicht Voraussetzung.

.(Lit. : SCHRAML, 1958)

IV. DER THERAPEUT IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHOTHERAPIE

Obwohl bereits bei der Darstellung der verschiedenen Verfahren in der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen auf die Funktionen und das Verhalten des Therapeuten eingegangen worden ist, sollen hier noch einmal in einem speziellen Abschnitt die Eigenschaften, die Ausbildung und das Geschlecht des Therapeuten erörtert werden. Diese Aspekte haben ja auch weitgehende Bedeutung für die Verfahren und Techniken.

AICHHORN (1972, S. 44) verlangt vom Erziehungsberater eine menschenfreundliche, hilfsbereite, entschlußfähige Persönlichkeit. Er soll sich mit richtiger Intuition in fremde Affekte einfügen können, Verständnis für die Verhältnisse und die Not anderer haben und bei Entschlüssen nicht zögern.

ZULLIGER erwartetet vom Kindertherapeuten Einfühlung und Anpassungsfähigkeit, Einfälle und einen fröhlichen Ton; er soll eine gute Erfindergabe und lebendiges Vorgehen haben. Er soll sehr kinderlieb sein und sich speziell den Kindern und dem Kindhaften zuwenden. Der Jugendlichkeittherapeut muß nach seiner Überzeugung ein vielseitig begabter Mensch sein, der große Einfühlungsfähigkeit, Erfindungsreichtum und handwerkliches Geschick besitzen soll. Dazu fordert er eine große Wendigkeit und Lebendigkeit des Geistes sowie eine exakte psychologische und heilerzieherische wissenschaftliche Ausbildung (ZULLIGER, 1966, S. 34,76, 98).

SLAVSON gibt eine ausführliche Übersicht über die Persönlichkeitseigenschaften, die nach seinen Erfahrungen einen erfolgreichen Gruppenpsychotherapeuten auszeichnen. Ein Gruppenpsychotherapeut muß sein :

1. sensibel hinsichtlich eigener und fremder Gefühle,
2. nicht aggressiv,
3. eher wortkarg als beredt,
4. locker und ruhig in Haltung und Sprache,
5. von positiver Einstellung dem Leben gegenüber,
6. objektiv, sachlich, dabei kinderlieb,
7. begabt mit "psychologischem Verständnis",
8. fähig, mit ungewöhnlichen Problemen fertigzuwerden,
9. geschickt im Umgang mit Werkzeug,
10. aufgeschlossen, herzlich und gesellig

(s. SLAVSON, 1956, S. 131).

Die meisten Autoren betonen jedoch nicht so sehr die persönlichen Eigenschaften als vielmehr die Ausbildung des Therapeuten, die sie als Grundlage für erfolgreiches therapeutisches Verhalten und Vorgehen ansehen.

Ausbildungsmöglichkeiten für Kinderpsychotherapeuten bestehen heute an verschiedenen Lehrinstituten (z.B. Hampstead Child Therapy Clinic, Tavistock Clinic, beide London; Cleveland; New York; Chicago; Los Angeles; Brasilien; Holland; Schweiz; in Deutschland auch Psychagogenausbildung in verschiedenen Städten).

Psychoanalytisch orientierte Kinderpsychotherapeuten empfehlen unbedingt die "Lehranalyse" des zukünftigen Therapeuten als wichtigen Teil der Ausbildung.

ZULLIGER (1966, S. 286) beschreibt einen Ausbildungsgang für Kindertherapeuten, an dessen Anfang ebenfalls die Lehranalyse steht. In einem zweiten Abschnitt soll sich der zukünftige Analytiker die theoretischen Grundlagen seiner Tätigkeit verschaffen. Der dritte Abschnitt wird als "Kontrollanalyse" bezeichnet. In dieser Zeit leistet der junge Therapeut praktische Arbeit, die über längere Zeit hin mit einem erfahrenen Therapeuten durchgesprochen wird. Wichtig erscheinen ZULLIGER auch gründliche Kenntnisse in der Pädagogik.

SPIEL (1967, S. 20 f.) empfiehlt ebenfalls für alle in der Jugendpflege tätigen Berufsgruppen eine lehranalytische Ausbildung. Die Vorteile sind nach SPIEL :

- Der Analysierte weiß genauer über die eigene psychische Problematik Bescheid.
- Er kann Schwierigkeiten, die sich aus der Gegenübertragung ergeben, besser kontrollieren.
- Er kann die Anforderungen an Kinder und Jugendliche sachlicher und unabhängig von eigenen unbewußten Wünschen stellen.
- Die Lehranalyse und Lehrausbildung führt zu einem besseren Selbstverständnis und einer höheren Entwicklungsform der eigenen Persönlichkeit.

R.u.A. TAUSCH (1956, S. 133 ff.) schlagen ein Stufen-Programm zur Ausbildung von Studierenden in nicht-direktiver Kinderpsychotherapie vor, welche sich über mehrere Semester erstreckt. Eine erfolgreiche Tätigkeit in der nicht-direktiven Kinderpsychotherapie erfordert nicht nur die stufenweise und kontrollierte Ausbildung und Aneignung intellektuellen Wissens sowie die Ausübung gewisser Techniken, sondern die Verwirklichung von Haltungen, die in der Persönlichkeit des Therapeuten verankert sein sollen und oft eine Umstrukturierung der Persönlichkeit notwendig machen.

SLAVSON (1956) scheinen die persönlichen Eigenschaften für den Erfolg eines Gruppenpsychotherapeuten wichtiger zu sein als spezielle Kenntnisse.

" Der Therapeut ist eine Kombination von Eltern, Lehrer, Ratgeber und Fürsorger. Elterliche Liebe und Verständnis sind für ihn die wichtigsten Eigenschaften " (SLAVSON, 1956, S. 132).

Günstige Voraussetzungen für eine Ausbildung in der Gruppenpsychotherapie bringen nach seiner Meinung Beschäftigungstherapeuten und Leiter von Schulkindergärten mit. Deren bisherige Ausbildung soll durch Unterricht über Tiefenpsychologie, Psychotherapie und die Grundzüge der Psychiatrie vervollständigt werden. Die wesentlichen Fähigkeiten und das erforderliche Urteilsvermögen können jedoch nur durch Erfahrung gewonnen werden.

Die Gruppenpsychotherapeuten wurden von SLAVSON in Seminaren schrittweise ausgebildet :

- Die Kandidaten sind in einer Situation, die der der Kinder in der Therapiestunde völlig entspricht.
- Sie studieren und analysieren unter bestimmten Gesichtspunkten Berichte wirklicher Therapiegruppen.
- Sie bereiten Mahlzeiten vor und tragen sie auf.
- Die Auszubildenden nehmen mehrere Monate lang an Kontrollstunden mit dem Kontrollarzt teil.
- Sie übernehmen eigene Therapiegruppen und fertigen Berichte an, die mit dem Kontrollarzt diskutiert werden.
- Nach etwa zwei Jahren werden die Besprechungen und Berichte in ihrer Anzahl beschränkt.

WIESENHÜTTER (in PREUSS, 1966, S. 120) führt im Rahmen der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen Gruppenarbeit mit den Erziehern durch. Dabei geht die "Analyse" aber nicht von Träumen und freien Einfällen aus, sondern von Symptomen, Verhaltensweisen und Reaktionen der Jugendlichen auf Maßnahmen der jeweiligen Erzieher. Nach seiner eigenen Erziehung, Entwicklung und Lebenserfahrung hat jeder Erzieher bestimmte Einseitigkeiten, Stärken und Schwächen, die sich bei der Führung und Erziehung von Jugendlichen immer wieder offenbaren. Diese Einseitigkeiten und unbewußten Gewohnheiten werden dem Erzieher in einer Art (Teil-)Lehranalyse vor Augen geführt. V. KUHLEN (1973, S. 171 ff.) entwirft einen Plan für das Training von Hilfstherapeuten für die Therapie durch Verhaltensänderung (Verhaltenstherapie).

DIESING beschreibt die Anforderungen, die an den Therapeuten für autogenes Training und Hypnose gestellt werden (s.S. 47).

Abschließend sei in diesem Abschnitt noch auf das Geschlecht des Therapeuten und seine Bedeutung für eine erfolgreiche Therapie eingegangen.

ZULLIGER (in BIERMANN, 1969², S. 198) meint, daß die Kin-

dertherapie gesteigerte Einfühlungskraft und eine "mütterliche" Wesensart vom Behandler verlangt und daher weibliche Therapeuten zumindest für kleinere Kinder befähigter sind als männliche.

BIERMANN (1969², S. 621 f.) weist darauf hin, daß bereits S. FREUD (1926) den speziellen Auftrag weiblicher Kindertherapeuten betont hat, die angeblich mehr Fähigkeiten und Begabungen des intuitiven Einfühlens in die (klein-) kindliche Spiel- und Erlebniswelt haben.

ANNA FREUD glaubt, daß nicht die Geschlechtsrolle, sondern die Objektbeziehung (weiblicher oder männlicher Therapeut übernehmen die Rolle der beschützenden Mutter) für die Beziehungsaufnahme zum Kind entscheidend ist.

A. AICHHORN (s.S. 26) empfiehlt ein Zusammenwirken von Erzieher und Erzieherin in der Zeit vor der Pubertät.

ANNEMARIE DÜHRSEN (1971, S. 342) sieht keinen wesentlichen Unterschied in den Erfolgchancen, wenn das Kind entweder von einem Mann oder von einer Frau behandelt wird.

Für die Therapie von Jugendlichen erhöhen sich jedoch nach ihren Erfahrungen die Erfolgchancen ganz beträchtlich, wenn junge Mädchen von Frauen und Jungen von männlichen Therapeuten behandelt werden. Andernfalls häufen sich Analysenabbrüche. Die Behandlung eines männlichen Patienten durch einen weiblichen Therapeuten ist verständlicherweise nicht so schwierig wie umgekehrt. Der Jugendliche betrachtet die ältere Frau doch eher als Neutrum. Alter, Bildung und spezielle Kenntnisse legitimieren sie, bei den Entwicklungsschritten zu helfen und auch sexuelle Probleme zu behandeln (s.S. 38).

LANGEN (1967, S. 6) setzt sich ebenfalls für die gleichgeschlechtliche Behandlung Jugendlicher ein, da so eine besonders stabile affektive Beziehung entstehen kann.

Die Frage des Geschlechts des Therapeuten stellt sich auch bei psychosomatischen Erkrankungen (BIERMANN, 1969², S. 879).

V. UMGANG MIT DEN ELTERN IN DER KINDER- UND JUGENDSPSYCHOTHERAPIE

Auf die große Tragweite des elterlichen Einflusses auf Kinder

und Jugendliche, ihre Rolle bei der Entstehung von Störungen und Fehlverhaltensweisen sowie ihre eventuelle Rolle im Rahmen der Therapie wurde bereits mehrfach hingewiesen.

Unterschiedliche Auffassungen bestehen bei den Autoren nun aber darüber (s. S. 9 ff. die einzelnen Verfahren), ob und in welchem Ausmaß die Eltern in die Therapie der Kinder und Jugendlichen eingeschaltet werden sollten, wie man mit ihnen umgehen soll und welche Probleme mit den Eltern auftauchen können.

Einigkeit besteht wohl weitgehend zunächst darüber, daß die Eltern und die Umwelt als verursachende Faktoren in der Entstehung der kindlichen Störung eine Rolle spielen. Für die Anamneseerhebung und die erste Diagnostik scheint ihre Mit Hilfe unbedingt erforderlich, besonders im Kindesalter. Auch die Motive, aus denen heraus die Eltern ihre Kinder und Jugendlichen in die Therapie schicken, sollten Beachtung finden.

Welche elterlichen Probleme vor und während der Therapie die Arbeit des Behandlers beeinflussen können, hat SPIEL in wenigen Sätzen zusammengefaßt :

" Wenn wir also zusammenfassen, so sind die Reaktionen der Eltern und der Umwelt gekennzeichnet durch den Versuch der Eltern, den Therapeuten als Verbündeten zu bekommen, durch den Wunsch der Eltern, via Therapie mehr Autorität und Disziplin ausüben zu können, durch die Tendenz der Eltern, ihre eigenen Probleme und Ängste zu verdrängen, durch die nicht aufrechtzuerhaltende Forderung nach absoluter Verschwiegenheit, durch Eifersuchts- und Machtprobleme, durch die eigenen inneren Schwierigkeiten der Eltern, die zum ständigen Intervenieren und Interferieren Anlaß sind, und schließlich infolge des Unverständnisses auch noch therapieren zu sollen, wenn das Symptom verschwunden ist " (SPIEL, 1967, S. 14).

SLAVSON (1956, S. 114 f.) lehnt jede Zusammenkunft mit den Eltern der in der Gruppenpsychotherapie befindlichen Kinder ab (Die Möglichkeit dazu besteht, da Caseworker und ein Verwaltungsapparat zwischengeschaltet werden können.).

Für diese scharfe Trennung gibt er eine Reihe von Gründen an :

1. Gefahr der Eifersucht zwischen Therapeut und Mutter bzw. Elternteil, den der Therapeut zu ersetzen versucht,
2. Unsicherheit des Kindes über die Rolle der beiden "Eltern" in seinem Leben bei einem Nebeneinander,
3. Gefahr, daß das Kind den Therapeuten als Teil seiner sonstigen Umwelt betrachtet,
4. Verdacht des Kindes möglich, daß der Therapeut mit

den Eltern gegen seine Interessen gemeinsame Sache macht, der Therapeut könnte dann zu den verbotenden Erwachsenen gerechnet werden.

MELANIE KLEIN (1971, S. 84 f.) betont ebenfalls eine weitgehende Trennung von Elternhaus und Analyse (s.S. 18). Eine Analyse der Eltern wird abgelehnt, da das Verhältnis der Eltern zum Analytiker Schuldgefühle, Eifersucht und ambivalente unbewußte Einstellungen des eigenen Kindes zum Therapeuten aktiviert.

J. BERNA (1949, S. 600 ff.) pflegt auch einen regelmäßigen Kontakt zu den Eltern, überläßt ihnen jedoch jede Erziehungsarbeit. Notwendige Anweisungen des Therapeuten für die Erziehung sollen kaum als Vorschläge, eher als eine Auseinandersetzung behandelt werden. Die Eltern sollen sich durch wirkliche Einsicht umstellen können. Der Therapeut soll nicht als Autorität und Richter fungieren, sondern vielmehr narzißtische Kränkungen, Widerstände und Schuldgefühle der Eltern vermeiden. (s.S. 29).

ANNA FREUD (s.S. 13 ff.) hingegen legt Wert auf ein Zusammenwirken von Analytiker (fungiert als Autorität) und Elternhaus, setzt allerdings voraus, daß die Eltern aus der Erkrankung des Kindes gelernt haben und sich den Forderungen des Analytikers anpassen.

" so ist hier eine wirkliche Teilung der analytischen und erziehenden Arbeit zwischen Haus und Analysenstunde oder vielmehr ein Zusammenwirken beider Faktoren möglich...." (A. FREUD, 1966, S. 60).

H. ZULLIGER (1966, S. 119) glaubt, daß die Eltern in den Heilungsplan des Kindes mit einbezogen werden müssen, damit sie nicht durch Fehlverhalten die Fortschritte wieder zerstören, die bei ihrem Kind erreicht worden sind. Dazu sollen in regelmäßigen Abständen Besprechungen mit den Eltern stattfinden. Eventuell erscheint auch eine Beratung über längere Zeit hin als indirekte Behandlung sinnvoll (vgl. das Vorgehen S. FREUDs in der "Analyse des kleinen Hans", 1941, S. 240 ff.).

A. AICHORN (1972, S. 27 ff.) widmet sich sehr eingehend den verschiedenen möglichen Zugangswegen zu den Eltern der Kinder (s.S. 23).

Sehr ausführlich wurde bereits auf ANNEMARIE DÜHRSSENS Vorstellungen über den Umgang mit den Eltern (1971, S. 173 f.)

hingewiesen. Sie betont die sowohl diagnostische als auch therapeutische Seite des Elterngesprächs.

Ziel der Therapie und Ausdrucksverhalten der Eltern, Geschwisterreihe und Situation in Teil- und Ersatzfamilien, Vorgeschichte und neurotische Reaktionsformen der Eltern sind Aspekte, die einer gründlichen Erörterung im Elterngespräch bedürfen.

Das analytisch-therapeutische Elterngespräch nimmt nach ihrer Überzeugung eine Mittelstellung zwischen der mehr "unterstützenden" Behandlung eines Erwachsenen und der psychoanalytischen Methode ein. Auf der einen Seite stehen Trost, Anerkennung und Anteilnahme sowie positive Identifikation mit den Idealbildern der Eltern, auf der anderen Seite Behandlung der elterlichen Vorgeschichte, Stellungnahmen des Therapeuten dazu und der Einblick des Elternteils in seine Urteile und Verhaltensweisen. Es geht nicht um eine reflektierende, intellektuelle Korrektur, sondern um eine Umstimmung der Gefühlslage und daraus resultierenden Verhaltensänderungen bei den Eltern.

Fremdschilderungen, Vergleiche aus der Tierdressur, der Tierwelt und dem Sport sowie der Ausgang von der "Lücke" sind technische Maßnahmen in A. DÜHRSENS Vorgehen (s.S. 32 f.). Erzieherische Hilfen gibt sie in den Bereichen Sexualaufklärung, Taschengeld, Bestrafungen, Lebensumstände des Kindes.

SCHRAML (1961, S. 150 ff.) unterstreicht, daß die Eltern in der Psychotherapie der Jugendlichen eine andere Rolle spielen als bei den Kindern. Im Initialstadium geht es darum, ihnen klarzumachen, daß eine Therapie nur bei einem Mitleiden des Jugendlichen durchzuführen ist und eine prinzipielle Verschwiegenheitspflicht für den Therapeuten besteht.

R.u.A. TAUSCH sehen verschiedene Möglichkeiten, die Eltern in die Therapie des Kindes einzubeziehen (s.S. 56).

Besondere Formen des Umgangs mit den Eltern stellen die "soziologisch orientierte Kinderanalyse" (J. SCHWARZMANN, s.S. 38) sowie die " Familientherapie" (s.S. 80) dar, auf die hier nicht noch einmal eingegangen werden soll.

Eine andere Form der Einbeziehung der Eltern in die Behandlung des Kindes stellt die Simultananalyse dar (z.B. LEVY, 1960, S. 378 ff.). Die gleichzeitige Analyse von Mutter und Kind gibt Aufschluß über die Einflüsse mütterlicher Probleme und Verhaltensweisen auf die Entwicklung des Kindes.

Simultantherapie kann auch in einer Kombination von nicht-deutenden Spielstunden des Kindes und Besprechungsstunden mit der Mutter bestehen (WINKLER, in BIERMANN, 1969², S. 658 ff.). Die "bifokale Gruppentherapie" (im engeren Sinne von RAOUL SCHINDLER) (Kindergruppen und Elterngruppen nebeneinander) wird von A. FRIEDEMANN (in BIERMANN, 1969², S. 754 ff.) beschrieben.

ERNA FURMAN schlägt eine Behandlung von Kleinkindern (unter fünf Jahren) durch Mütterberatung vor (1957, S. 250 ff.). BIERMANN (1969², S. 760 ff.) vertritt eine "analytische Müttergruppentherapie".

Die Erziehungsberatung richtet sich an die Eltern und Erzieher, um über sie eine Änderung der Lebensumwelt der Kinder zu bewirken und damit die Ursachen für die Verhaltensstörungen der Kinder zu treffen. Sie versucht, den Ratsuchenden zur Einsicht in Zusammenhänge zu bringen und ihn zur selbständigen Entscheidung über die von ihm zu wählenden Verhaltensweisen zu führen. In einem mehrphasigen Beratungsgespräch wird der Ratsuchende zum sachlichen Durchdenken seiner persönlichen Angelegenheiten und zu eigenen Entschlüssen angeregt. Er soll seine Selbstständigkeit und das Bewußtsein behalten, aus eigener Kraft seine Konflikte gelöst zu haben.

Am Anfang steht eine ausführliche Anamnese über das Kind wie über die Eltern, außerdem eine eingehende Beobachtung und psychologische Untersuchung des Kindes.

Die Beratung zielt darauf ab, den Eltern Klarheit über die Zusammenhänge zwischen den Störungen des Kindes und den Familienkonstellationen zu verschaffen.

Für die Behandlung des Kindes können Milieuwechsel, Beobachtung in Heim und Klinik, Schulwechsel, Beschäftigungstherapie, heilpädagogische oder psychotherapeutische Einzelbehandlung, Gruppentherapie u.ä. angeraten werden. Wichtig ist aber auch, daß eine Veränderung der Familienkonstellation herbeigeführt werden kann.

DREIKURS (in BIERMANN, 1969², S. 101) gibt 34 grundsätzliche Verhaltensweisen für eine demokratische Erziehung an, die den Eltern im einzelnen erläutert werden sollen.

Die Beratung wird heute in Erziehungsberatungsstellen durch-

geführt, die in größeren Städten kommunalen Jugendämtern, Gesundheitsämtern und Kliniken angeschlossen sind. Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten und Sozialhelfer beraten bei Erziehungsschwierigkeiten und Verhaltensstörungen. Häufig bestehen Hilfseinrichtungen wie heilpädagogische Kindergärten, Spielgruppen, Gymnastikkurse u.ä..

In den Elternschulen (z.B. BROCHER, in BIERMANN, 1969², S. 684 ff.; 1962) wird berücksichtigt, daß Information und Belehrung der Eltern die eigentliche Dynamik der Eltern-Kind-Beziehung nicht erreichen kann. Jede Psychodiagnostik sollte das dynamische Gefüge der Familienkonstellation berücksichtigen, d.h. die Einstellungen beider Eltern zu den Problemen ihres Kindes im Zusammenhang mit ihrer eigenen Lebensgeschichte sehen. Aus diesen Überlegungen ging der Trend in der Eltern-aufklärung und -erziehung von der reinen Belehrung zu gruppentherapeutischen Bemühungen. Damit soll heute über die seit Anfang des Jahrhunderts bekannten Mütter- und Elternschulen hinausgegangen werden, die sich mit Kochen, Säuglingspflege und Heimgestaltung sowie mit theoretischer Unterrichtung in Erziehungsfragen befaßten (vgl. die Müttergruppen SLAVSONs, S. 77).

Es geht in den heutigen Elternschulen darum, entscheidende Veränderungen unbewußter und verbewußter Haltungen und Einstellungen der Eltern im Umgang mit ihren Kindern herbeizuführen. Prinzipien der Gruppendynamik und -therapie finden Beachtung.

In der Methodik dieser Elternschulen steht am Anfang das Diskussionsgespräch der Elterngruppe, welches neben seinem rationalen Inhalt (Bearbeitung der Eltern-Kind-Konflikte) einen bedeutsameren irrationalen Kontext hat. Ergänzungsmethoden sind Rollenspiele der Eltern und Wiederholungen der kindlichen Spielformen und Betätigungen (Gruppenspiele, Basteln, Malen, Fingermalerei etc.). Diese Maßnahmen mobilisieren in den Eltern eigene phasenspezifische Konflikte, unbewußte Einstellungen und Erinnerungen ihrer eigenen Kindheit, die nun agiert werden und bearbeitungsfähig werden können. Selbst- und Fremdwahrnehmung, Aktion und Interaktion führen zu zunächst kaum merklichen Veränderungen der Einstellungen, die den Kindern schließlich zugute kommen, da ein direktes Ver-

ständnis für das Erleben der Kinder entsteht. Der Effekt der Gruppe löst Perfektionseinstellungen und Versagensängste der Eltern, vermittelt die Erfahrung, daß andere Eltern gleiche Probleme mit ihren Kindern und ebenfalls Angst haben zu versagen. Als prophylaktisches Hilfsmittel der Kinderpsychotherapie kann die Elternschule bei bereits gestörten Familien gegebenenfalls in der Zukunft die möglichen unbewußten Motivationen von Eltern für die Verursachung oder Unterhaltung kindlicher Störungen in ihren eigenen verdrängten Kindheitskonflikten aufzeigen. Dies soll geschehen, bevor diese durch die phasenspezifische Entwicklungskrise des Kindes in ihnen aufgeführt und auf das Kind projiziert werden.

(Lit. : AUERBACH, 1953; BIERMANN, 1967; BORNEMANN, 1963; BROCHER, 1962; BUCKLE u. LEOVICI, 1958; FREI, 1942; FURMAN, 1957; HAFTER u. GSCHWIND-GASS, 1957; JACOBS, 1949; LEVY, 1960; NAVE-HERZ, 1964; RUDERT u. STEIN, 1959; SCHRAML, 1961; R.u.A. TAUSCH, 1956, S. 128 ff.)

VI. PSYCHOTHERAPIE UND LEBENSALTER

Unterschiedliche Lebensalter erfordern unterschiedliche Anwendungen therapeutischer Verfahren. Je nach Entwicklungsstand und dem Verhältnis zu Erwachsenen und Umwelt werden gleiche Methoden altersentsprechend modifiziert (z.B. K. KLEIN, s.S. 16 ff.; SLAVSONs Gruppenpsychotherapie, s.S. 68 ff.) oder andere Vorgehensweisen (z.B. ZULLIGER, s.S. 19 ff.; A. DÜHRSEN, s.S. 31 ff.). Für andere Therapieformen ist ein bestimmtes Lebensalter Voraussetzung (z.B. Hypnose und autogenes Training, s.S. 40 ff.).

Obwohl also bei der Besprechung der einzelnen Verfahren das Problem des Lebensalters berücksichtigt wurde, soll hier noch einmal auf einige wichtige Gesichtspunkte eingegangen werden.

R. SPITZ (1950, S. 623 ff.) befürwortet eine Psychotherapie bereits im Säuglings- und frühesten Kindesalter. Psychische Störungen werden als Folge unzureichender Befriedigung emotionaler und somatischer Art gesehen. Eine Behandlungsmöglichkeit liegt demnach in der Beseitigung umweltbedingter Schwierigkeiten, die die Befriedigung der Bedürfnisse und Triebe des Säuglings hindern oder eine Überstimulierung zur Folge haben.

Besondere Beachtung finden bei SPITZ die Krankheitsbilder des Marasmus, der anaklitischen Depression, motorische Unruhe, Koprophagie, Ekzem und die "Dreimonatskolik".

Therapeutisch werden vier Möglichkeiten unterschieden :

1. prophylaktische Maßnahmen
(Entzug emotionalen Austausches während des ersten Lebensjahres unbedingt vermeiden, aktivieren des Spielzeug geben, altersgemäße Anreize bieten),
2. wiederherstellende Maßnahmen
(Rückgabe des Liebesobjektes und der Stimulation),
3. ersetzende Maßnahmen
(unbedingte Gabe altersgemäßen Spielzeugs bei Verlust des Liebesobjektes durch längere Krankheit oder Tod, taktile, akustische, visuelle Stimulation forcieren),
4. modifizierende Maßnahmen
(Eine Änderung der Stimulation durch die Mutter muß bei einem Zuviel oder Zuwenig herbeigeführt werden, eventuell muß der Mutter die Fürsorge für ihr Kind entzogen oder sie selbst einer Psychotherapie zur Persönlichkeitsänderung zugeführt werden.).

Zusammenfassend betont SPITZ, daß die Psychotherapie im vor-sprachlichen Stadium in einer Manipulation der Umgebung bestehen muß, sowohl in Hinsicht auf die Liebesobjekte als auch auf unbelebte Gegenstände.

Das Kleinkindalter (3 - 6 Jahre) ist gekennzeichnet durch Spiel und Phantasie des Kindes, durch Kleinkindertrotz und dazugehörige Angst.

Die direkte Analyse des Kleinkindes wurde von M. KLEIN, A. FREUD und H. ZULLIGER entwickelt und reicht von der direkten sprachlichen, psychoanalytischen Deutung bis zur deutungs-freien Spielanalyse (s. S. 16 ff., S. 13 ff., S. 19 ff.).

M. WINKLER charakterisiert das Verhalten und Denken des The-rapeuten für diese Altersstufe so :

" magisch, indem er die bildhafte (kindliche) Anschauung walten läßt, in der Erleben und Denken noch eins sind, praktisch, indem er sich blitzschnell überlegt, welches neue Spielmaterial möglichst viel Symbolwert darstellen könnte, wie das Material zu beschaffen und zu gestalten sei, theoretisch, indem er die Symbole in ihre verschiedenen Bedeu-tungen übersetzt und entscheidet, welche Bedeutung im Augen-blick im Vordergrund steht und erlebnismäßig beantwortet wer-den soll....." (M. WINKLER, in BIERMANN, 1969², S. 231).

Beim Kind wird keine "Übertragungsneurose" ausgebildet, wie wir sie von Erwachsenen kennen; dennoch kann der Therapeut als ein

Erwachsener unter anderen durch richtige Antworten in Spiel oder Sprache im geeigneten Augenblick die Denk- und Wunschwelt des Kindes und seinen Willen in eine andere Bahn lenken. So sind nach M. WINKLER Kurztherapien und "Blitzheilungen" mit dauerndem Erfolg bei Kindern häufig möglich.

Der Therapeut wirkt auch erzieherisch; aber anders als die Eltern erzieht er nicht mit Lohn und Strafe. Er veranlaßt das Kind in einer von alltäglichen Einschränkungen freien Atmosphäre, seine Persönlichkeit und sein Gewissen nach seinem Vorbild und im Zusammensein mit ihm zu formen.

Das Elternhaus und die Umwelt müssen in diesem Lebensalter natürlich auch Beachtung finden. Psychologische und erzieherische Beratung und Behandlung bis hin zur Familientherapie sind je nach Fall und Situation angezeigt.

Ein anderer abzugrenzender Abschnitt der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist das Latenzalter. HART DE RUYTER glaubt, daß in der Latenzperiode eine Menge von Attitüden und Techniken, Bruchstücke der psychoanalytischen, der nicht-direktiven Technik und der Pädagogik nebeneinander als therapeutische Maßnahmen zu finden sind (HART DE RUYTER, in BIERMANN, 1969², S. 237; s. A. FREUD, S. 13 ff., M. KLEIN, S. 16 ff., R.u.A. TAUSCH, S. 48 ff.).

Vom Therapeuten erwartet er in dieser Phase besonders große Flexibilität, Beachtung der kindlichen Abwehrmechanismen und eine gute Beziehung zum Kind. Die beste Prognose haben nach seiner Meinung die Fälle, wo nur eine emotionale Regression vorliegt und die autonomen Funktionen nicht beteiligt sind.

HÜNNEKENS (1970, S. 81 ff.) stellt im Anschluß an R.u.A. TAUSCH fest, daß besonders die Haltung des Therapeuten gegenüber den Kindern zu einer Umstrukturierung und Neuorientierung führen kann. Echtheit und Vermeidung von Rollengehabe (" der gute Onkel Doktor "), Geduld und Einfühlung, Verständnis und Humor, Klarheit, Selbstkritik und Nüchternheit sowie Kenntnisse über Entwicklungsstadien und ein Blick für das Konstitutionelle eines Kindes werden nach seiner Meinung vom Therapeuten unbedingt verlangt.

Es sei noch einmal auf die besondere Haltung hingewiesen, die J. BERNA für den Therapeuten bei der Behandlung von Kindern empfiehlt (s.S. 28).

A. DÜHRSSENS Umgang mit Kindern (1971, S. 242 ff.) wurde bereits beschrieben (s.S. 34 ff.).

Auf die unterschiedlichen Ansichten der Autoren über Spiel, Übertragung, pädagogische Einflußnahme, Symbolsprache und Deutungen kann hier nicht noch einmal eingegangen werden (s. dazu die Erörterung der einzelnen Verfahren, S. 9 ff.).

Besondere Schwierigkeiten ergeben sich bei der Psychotherapie im Pubertäts- und Jugendalter. Darüber bestehen bei den Vertretern der verschiedenen Therapieformen keine Meinungsverschiedenheiten.

LANGEN (1967) kennzeichnet die Pubertätsentwicklung als einen biologischen Vorgang in zwei Stadien (1. Desintegration oder Disharmonisierung, ca. 11. - 15. Lebensjahr, 2. Reharmonisierung, etwa 15. Lebensjahr bis ins dritte Lebensjahrzehnt). Diese biologischen Bedingungen sind durch soziologische, psychologische und pädagogische Bedingungen variierbar, so daß sich verschiedene psycho-physische Wechselbeziehungen in dieser Lebensperiode ergeben können. Die Pubertät muß nach seiner Meinung als pathogener Faktor körperlicher Erkrankungen besonders des vegetativen Nervensystems, bei psychischen Störungen und psychiatrischen Erkrankungen mitberücksichtigt. werden. Psychische Beschwerden dieser Zeit sind besonders Schulschwierigkeiten, Konzentrations- und Verhaltensstörungen.

Zur Klärung der Diagnose empfiehlt LANGEN immer eine körperliche Untersuchung, ein exploratives, informatorisches Gespräch (Autoritätsprotest, Sexualentwicklung, Schul- und Berufsentwicklung), die Anwendung von Leistungs- und Projektionstests (s.S. 103 ff.) sowie die Fremdanamnese.

Die therapeutische Aufgabe sieht LANGEN mehr in einer persuasiven, aufklärenden als aufdeckenden Haltung des Arztes, um das Problem des Jugendlichen zur Versachlichung und Distanzierung zu bringen. Ich-stützende, patienten-zentrierte Maßnahmen sind angezeigt. Die Leistungsfähigkeit, die Möglichkeiten und die Berufsziele der Jugendlichen müssen aufeinander abgestimmt werden. Milieuthérapie (etwa ein Aufenthalt bei Fremden in den Ferien) wird als weitere gezielte therapeutische Maßnahme gesehen. Wie HÜNNKENS (1966, S. 138) empfiehlt er als therapeutische Haltung eine Kombination aus " großem Bru-

der und Autorität ". Ein spiegelndes Zurückwerfen ohne Stellungnahmen (s. R.u.A. TAUSCH, S. 48 ff.) wird als günstig angesehen. Gleichgeschlechtlichkeit von Arzt und Patient fördert den affektiven Kontakt (vgl. S. 89).

HÜNNEKENS (1966, S. 136 ff.) betont darüberhinaus in der Therapie der Jugendlichen :

im Gespräch das Mittel der Fremdschilderungen (vgl. A. DÜHRSEN, S. 31 ff.), das Anbieten von Vertrauen, von mehreren Lösungen, Mündigmachen für eigene Entscheidungen, Anforderungen stellen, bifokale Gruppentherapie (Eltern- und Jugendlichen-Therapie, Kombination von Einzel- und Gruppentherapie, Psychodrama (s.S. 112), autogenes Training in Gruppen, Klinik-aufenthalt als Milieuwechsel sowie Bewegungstherapie.

Auf A. DÜHRSENS Umgang mit den Jugendlichen wurde bereits hingewiesen (s.S. 36 u. 89).

Bereitschaft und Fähigkeit des Pubertätierenden zum Verbalisieren gegenüber Erwachsenen sind gering; der Jugendliche lebt in einem Wechsel zwischen kritischer Selbstreflexion und oppositionellen, eventuell auch aggressiven Haltungen und Einstellungen gegenüber Erwachsenen. Seine Einsichts- und Reflexionsfähigkeit sind noch nicht voll ausgebildet.

Alle drei genannten Autoren sind sich daher darin einig, daß die klassisch-analytische Methode bei Jugendlichen nicht anwendbar ist (entgegen M. KLEIN, s.S. 18 f.). LANGEN sagt : "Die Psychoanalyse ist in der Pubertätszeit absolut kontraindiziert, ja lebensgefährlich " (zitiert nach HÜNNEKENS, 1966, S. 137).

A. DÜHRSEN hält aber immerhin auch Erläuterungen, Erklärungen und Informationen an den Patienten über sich selbst sowie Stellungnahmen des Arztes zu Meinungen, Schilderungen, Handlungen und Plänen des Jugendlichen für hilfreiche therapeutische Maßnahmen.

" In diesem Augenblick rücken wir aber auch schon sehr nahe in den Bereich spezifisch analytischer Techniken. Wenn man so will, sind diese analytisch orientierten Stellungnahmen das wichtigste therapeutische Instrument, das wir im Vorfeld der direkten analytischen Interpretationen benutzen " (A. DÜHRSEN, 1971, S. 337 u. 340).

(Lit. : BIERMANN, 1968², 1969², S. 217 ff.; HÜNNEKENS, 1966, 1970; LANGEN, 1965, 1967; SPITZ, 1950, 1967)

VII. ANAMNESE UND DIAGNOSTIK

Für das Vorgehen bei der Anamnese und der Diagnosestellung bei kindlichen und jugendlichen Patienten werden von verschiedenen Autoren Anleitungen und Anamneseschemata gegeben. Hier sollen als Beispiel Auszüge aus der Arbeit von SIMMONS (1972) wiedergegeben werden.

Die Vorbereitung und die Einleitung der ersten Begegnung des Arztes mit Eltern und Patienten ist von großer Bedeutung (s. S. 105).

Für die allgemeine Interview-Technik sind nach Ansicht von SIMMONS drei Variablen zu berücksichtigen :

1. die Umgebung (Empfohlen wird ein kombiniertes Spiel- und Sprechzimmer, eventuell auch das "Freie".).
2. Der Untersucher sollte sich darüber im klaren sein, daß seine eigenen Gefühle sowohl in die diagnostische als auch in die therapeutische Arbeit als wichtige Faktoren eingehen (eventuell Lehranalyse empfohlen, s.S. 87).
3. Das Kind setzt der Exploration im allgemeinen großen Widerstand entgegen. Der Untersucher sollte sich der Methode der nicht-strukturierten Fragen bedienen und unter allen Umständen vermeiden, als Richter aufzutreten oder zu erscheinen.

Der Arzt muß sich bemühen, das Verhältnis zwischen eigener Aktivität und Passivität so zu regulieren, daß die Produktivität und die spontanen Äußerungen des Kindes gefördert werden.

Nach SIMMONS läßt sich ein Interview zwanglos um zehn umfassende allgemeine Themen strukturieren (1972, S. 27) :

1. Gründe, warum das Kind zu der Untersuchung gekommen oder gebracht worden ist,
2. Freizeitbeschäftigungen und Interessen,
3. soziale, kulturelle und ethnische Gruppen sowie die Übereinstimmung des Kindes mit ihnen,
4. Beziehungen zu Gleichaltrigen,
5. Pläne für die Zukunft,
6. Beziehungen zu Familienmitgliedern,
7. zusätzliche Erörterung des vorliegenden Problems,
8. allgemeiner Gesundheitszustand (psychophysiologischer Status),
9. Phantasien und Ängste,
10. soziales Verständnis.

Über diese Themen kann das Kind entweder direkt sprechen oder sich in Spielen und Symbolen ausdrücken. Eine bestimmte Reihenfolge braucht der Untersucher nicht einzuhalten.

SIMMONS gibt außerdem eine Übersicht über besondere Methoden für Vorschulkinder (1972, S. 33 ff.).

Für die Erhebung des psychischen Befundes ist es wichtig, sowohl Vorzüge als auch Schwächen der Persönlichkeit zu beschreiben. Er soll ein in Worte gefaßtes Querschnittsbild des Patienten sein, zu einem gegebenen Zeitpunkt unter speziellen Bedingungen. Bedeutungsvoll wird die Zusammenstellung der Ergebnisse mit der Vorgeschichte, den Informationen über die sozio-familiäre Situation und dem anderen klinischen Material. SIMMONS (1972, S. 52) gibt das folgende Schema für die Erhebung des psychischen Befundes :

1. Äußere Erscheinung,
2. Stimmung oder Affekt,
3. Orientierung und Wahrnehmung,
4. Mechanismen der Auseinandersetzung,
 - a) hauptsächlich Abwehrmechanismen,
 - b) Ausdruck und Kontrolle sexueller und aggressiver Impulse,
5. neuromuskuläre Integration,
6. Gedankenablauf und Verbalisierung,
7. Phantasie,
 - a) Träume,
 - b) Zeichnungen,
 - c) Wünsche,
 - d) Spiel,
8. Über-Ich,
 - a) Ich-Ideale und Werte,
 - b) Integration der Persönlichkeit,
9. Selbstbild,
 - a) Objektbeziehungen,
 - b) Identifikationen,
10. Problembewußtsein,
11. Schätzung des Intelligenzquotienten,
12. Zusammenfassung des psychischen Befundes.

Die Erhebung des psychischen Befundes liefert Hinweise zur Ätiologie und Prognose.

Das Elterninterview soll nach SIMMONS in drei Stadien ablaufen :

1. Mutter und Vater in Gegenwart des Kindes (vgl. J. BERNA, S. 27),
2. Mutter und Vater gemeinsam ohne das Kind,
3. jedes Elternteil einzeln.

So sind genaue anamnestische Daten zu erhalten und subtile Familien-Interaktionen zu verstehen. Die Unterredungen sollen folgendes erfassen :

1. die vollständige persönliche Vorgeschichte des Kindes,
2. die Vorgeschichte der elterlichen Ehe,
3. die persönliche und Familienvorgeschichte jedes einzelnen Elternteils,
4. das kulturelle Niveau der Familie,
5. die elterlichen Einstellungen zu den Ursachen der Störung und zu den in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten.

Persönlichkeiten und Erlebnisse in der Familie werden von SIMMONS zwar nicht immer als Ursache der Symptome gesehen, aber sie sind in jedem Fall wichtige Momente der Behandlung und Prognose (s. "Umgang mit den Eltern", S. 89 ff.).

In der diagnostischen Formulierung sollen folgende acht Fragen beantwortet werden (SIMMONS, 1972, S. 97) :

1. Wie krank oder wie gestört ist dieses Kind ?
2. In welchen Bereichen ist seine Funktionsfähigkeit gestört und in welchen Bereichen funktioniert es gut (s. Schema für die Erhebung des psychischen Befundes) ?
3. Lagen oder liegen Hinweise auf eine Störung im Bereich des Zentralnervensystems vor ?
4. Welche psychosozialen Faktoren in der Vergangenheit haben möglicherweise zu diesem Problem beigetragen ?
5. Welche psychosozialen Faktoren in seinem gegenwärtigen Leben tragen weiterhin zu seinem Problem bei oder behindern möglicherweise eine Besserung des Zustandes ?
6. Welches sind die Faktoren unter Nr. 2, 3, 4 und 5, die unbedingt verändert werden müssen, wenn eine Besserung auftreten soll ?
7. Welches sind die Faktoren unter Nr. 2, 3, 4 und 5, die die der Kliniker gerne ändern möchte, damit das Kind sich insgesamt wohler fühlt, obwohl dies vielleicht nicht wesentlich zu einer Veränderung der vorliegenden Symptome beitragen würde ?
8. Welche Methoden, wenn überhaupt, kann man anwenden, um die angestrebten Veränderungen, die unter 6 und 7 erwähnt werden herbeizuführen ?

Die Zusammenfassung aller anamnestischen und diagnostischen Daten sowie der Überlegungen zur Behandlung stellt die Fallstudie dar. SIMMONS (1972, S. 114 f.) entwirft folgendes Schema :

1. Daten zur Identifizierung,
2. derzeitiges Problem,
3. Symptomverlauf und gegenwärtige Anpassung des Kindes (gegenwärtige Erkrankung),
4. Beschreibung der Familie,

5. Vorschul-Entwicklung
(einschließlich pränataler Vorgeschichte),
6. Medizinische Vorgeschichte
(einschließlich Ergebnis der Gesamtuntersuchung, früherer Erkrankungen, Verletzungen und Operationen),
7. Schule,
8. Mutter
(persönliche Vorgeschichte),
9. Vater
(persönliche Vorgeschichte),
10. Kind
 - A. Psychischer Befund,
 - B. Körperliche Untersuchung,
 - C. Spezielle Ergebnisse :
 1. Labor,
 2. Psychologische Tests,
 3. Befunde aus anderen Fachgebieten,
11. Diagnostische Formulierung
 - A. Die Hauptsymptome oder -probleme, wie sie sich sowohl aus der Vorgeschichte als auch aus direkten Beobachtungen entnehmen lassen,
 - B. Die körperlichen, emotionalen und sozialen (einschließlich familiärer) Faktoren, welche die Symptome hervorgebracht oder die bei ihrer Entstehung mitgewirkt haben,
 - C. Durchgeführte oder geplante Behandlung,
12. Spätere Besuche
(einschließlich Besprechung mit den Eltern),
13. Beurteilung der Behandlung
 - A. Gegenwärtige Arbeitsformulierung und erzielte Fortschritte:
 1. das Kind,
 2. die Eltern,
 - B. Empfehlungen für die weitere Behandlung.

(Lit : BIERMANN, 1966; BEISER, 1962; DÜHRSEN, 1971, S. 134 ff.; L. KEMMLER, 1965, FRANKL, 1956; R.u.A. TAUSCH, 1956, S. 67)

Testdiagnostik

Von vielen Autoren werden als Hilfsmittel zur Diagnosestellung Tests verwendet.

ZULLIGER (1966, S. 62 ff.) u.v.a. halten die Anwendung einer Reihe von Tests (sogenannte "Test-Batterie"), die einander bestätigen oder ergänzen, für sehr nützlich.

T e s t s sind " wissenschaftliche Routineverfahren zur Untersuchung eines oder mehrerer empirisch abgrenzbarer Persönlichkeitsmerkmale mit dem Ziel einer möglichst quantitativen Aussage über den relativen Grad der individuellen Merkmals-

ausprägung (LIENERT) " (FRÖHLICH, 1970, S. 260).

Projektive Tests sind " solche diagnostischen Verfahren, die dazu dienen, die emotionalen und andere Reaktionen auf relativ unstrukturierte oder mehrdeutige Situationen oder bildliche Darstellungen nach Einstellungen, dynamischen (motivationalen) u.ä. Merkmalen und Persönlichkeitseigenschaften zu interpretieren..... Das Ausgangsmaterial der Interpretationen sind Projektionen bzw. Phantasieleistungen der Versuchspersonen. Syn. Entfaltungstests, Phantasietests, Deuteverfahren " (FRÖHLICH, 1970, S. 207).

Intelligenztests dienen zur Messung der Intelligenz oder zur Messung spezieller Begabungen im Bereich der Intelligenz.

Leistungstests erfassen umschriebene motorische, sensorische oder intellektuelle Leistungen.

Persönlichkeitstests messen bestimmte Eigenschaften, Einstellungen, Interessen und Eigenschaftskonstellationen.

HEDDA EPPEL (in BIERMANN, 1969¹, S. 280) betont, daß besonders projektive Tests brauchbare Informationen liefern können über die Persönlichkeitsstruktur, die Entwicklung, die familiäre Situation und die häusliche Atmosphäre des Kindes.

Andererseits ist aber zu beachten, daß Validität, Reliabilität und Objektivität der projektiven Verfahren nur unzureichend abgeklärt sind in vielen Fällen.

Im Rahmen dieser Arbeit können nur einige der in der Kinder- und Jugendpsychotherapie verwendeten Tests namentlich genannt werden. Zur technischen Anwendung und Interpretation sei auf die Literatur verwiesen.

Folgende Tests finden u.a. Anwendung :

RORSCHACH-Test

BEHN-RORSCHACH-Test

ZULLIGER-Tafeln-Test

DÜSS-Fabeln-Test

Farbpyramiden-Test (HEISS-HILTMANN)

Sceno-Test (G. v. STAABS)

Welt-Test (CH. BÜHLER)

SZONDI-Test

WARTEGG-Zeichentest

Baumtest (KOCH)

"Familie-in-Tieren" - Test (GRÄSER)

Menschen-Zeichen-Tests (GOODENOUGH, MACHOVER)
weitere Zeichentests

An die Grenze der Tests als standardisierter psychodiagnostischer Verfahren führen freie Zeichnungen.

BINET-SIMON-Intelligenztest

Hamburg-WECHSLER-Intelligenztest für Kinder (HAWIK)

AMTHAUER-Intelligenzstruktur-Test (IST)

Rechentests (KRAEPELIN, PAULI)

Durchstreichtest (BOURDON)

Kleinkinder- und Entwicklungstests (BÜHLER u. HETZER,
KRAMER)

Berufsinteressen-Test (IRIE)

Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI)

Soziogramm (SCHICK)

(Lit. : BIERMANN, 1962²; BOEHM u. HAFETER, 1969; FRANK, 1948; HAMMER, 1958; HEISS, 1966; HILTMANN, 1967; HÖRMANN, 1964; KOP-PITZ, 1972; MORENO, 1954; STERN, 1954/55; ZULLIGER, in BIERMANN, 1969², S. 517 ff.)

VIII. DIE ERSTE BEGEGNUNG MIT ELTERN, KINDERN UND JUGENDLICHEN

Dem ersten Zusammentreffen des Arztes mit Eltern, Kindern und Jugendlichen wird von den meisten Autoren eine große Bedeutung zugemessen.

Es wurde bereits erwähnt, daß den ersten Kontakten nicht nur diagnostische, sondern auch therapeutische Momente zukommen (s.S. 2).

Für die Reihenfolge der Gespräche mit Eltern und Patienten bestehen verschiedene Auffassungen.

J. BERNA (1949, S. 600 ff.) empfiehlt zunächst ein Gespräch mit den Eltern allein. Damit soll vermieden werden, daß dem Kind Dinge zu Ohren kommen, die es nicht hören soll. Die Scheu der Eltern, im Beisein ihrer Kinder über diese zu sprechen, und die mögliche Langeweile der Kinder soll so umgangen werden. In einem zweiten Schritt widmet sich BERNA nur dem Kind, versucht, seine Angst zu überwinden und es zu Stellungnahmen zu bewegen. Es soll sich ein flüssiges Gespräch ergeben. Daran schließt sich später ein Hausbesuch an (vgl. S. 27).

Auch HÜNNEKENS (1970, S. 81 ff.) informiert sich zunächst bei den Angehörigen über die familiären und sozialen Bedingungen des Kindes. Bei der ersten, vorsichtigen Fühlungnahme sollen

Arzt und Kind allein sein. Man soll mit betont ruhiger Stimme sprechen und versuchen mit dem Kind verständnisvoll und verständlich zu reden ohne kindisch zu wirken. Die TAUSCHSche Gesprächsführung wird befürwortet (Spiegelung). Bewertungen werden vermieden (vgl. S. 97).

SIMMONS (1972, S. 1 ff.) begegnet dem Kind in einer ersten Aufnahmebesprechung in der Familiengruppe. Bereits die Leichtigkeit, mit der sich das Kind dann zu weiteren Einzelbesprechungen und Untersuchungen von den Eltern trennt, hat einen gewissen diagnostischen Wert.

Den Eltern und Kindern sollte möglichst schon vorher die Angst vor der Untersuchung und Besprechung genommen werden. Es erscheint SIMMONS wichtig, dem Kind schon am Anfang etwas über den Untersuchungsgang zu sagen und es dahingehend zu beruhigen, daß man über seine Schwierigkeiten weitgehend Bescheid weiß. Auch mit sehr kleinen Kindern versucht er immer ein Interview in Gesprächsform; nicht-direktives, freies Spiel hält er nicht für ausreichend. Im Spiel und im Gespräch sollte der Untersucher das Kind ermutigen, die Initiative zu ergreifen. Autoritäres Ausfragen und voreilige Schlüsse sind zu vermeiden, Anordnungen und Vorschläge soweit wie möglich einzuschränken. Verlässlichkeit in der Einhaltung der Schweigepflicht soll durch Worte und Verhalten zum Ausdruck gebracht werden.

Für die Erstkonsultation in der Behandlung von Jugendlichen hat es sich A. DÜHRSEN (1971, S. 345 f.) zur Regel gemacht, zuerst mit den Jugendlichen selbst zu sprechen, auch auf die Gefahr hin, daß die Eltern sehr verärgert sind. Günstig ist dieses Vorgehen besonders bei Patienten, die mit großer Opposition zur ärztlichen Konsultation kommen. Nachteile hat dieses Verfahren dort, wo ängstliche oder depressive Patienten über sich und den Anlaß der Untersuchung nicht richtig Auskunft geben können. Verwahrloste oder stark leistungsgestörte Patienten verschweigen eventuell Wichtiges.

Daher wird eine Besprechung mit den Eltern angeschlossen, der gegebenenfalls in einem dritten Schritt ein neues Gespräch mit dem Jugendlichen über die neu ermittelten Fakten folgt (s. S. 38).

LANGEN (1967, S. 3) spricht auch in jedem Fall zuerst mit

dem Jugendlichen allein.

SCHRAML (1961, S. 150 ff.) empfiehlt zuerst ein Gespräch mit dem Jugendlichen allein oder ein Dreiergespräch.

(Lit. : ARGELANDER, 1970)

IX. INDIKATION ZUR KINDER- UND JUGENDPSYCHOTHERAPIE

Für SPIEL gilt :

" Die Indikation zur therapeutischen Aktivität ist demnach gegeben durch das Bestehen eines Notstandes. Welche Form der Therapie anzuwenden ist, entscheidet die psychodynamische, reifungs- und konstitutionsorientierte Diagnose; sie stellt der Gesamterfassung der Persönlichkeit und ihrer Bedürfnisse ein therapeutisches Konzept gegenüber " (SPIEL, 1967, S. 8).

In welchen Fällen die Einzelverfahren für verschiedene Störungen und Fehlverhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen indiziert sind, wurde in den Abschnitten des Kapitels III, S. 9 ff. jeweils erläutert :

Psychoanalytisch orientierte Verfahren

ANNA FREUD	S. 16
MELANIE KLEIN	S. 19
ANNEMARIE DÜHRSEN	S. 37

Stützende Verfahren

Suggestion	S. 42
Hypnose	S. 44
Autogenes Training	S. 46

Nicht-direktive Kinderpsychotherapie	S. 49
Therapie durch Verhaltensänderung	S. 62 f.
Gruppenpsychotherapie (SLAVSON)	S. 73
Therapie mit der "Blumenpuppe" (D.-MARETTE)	S. 111
Psychodrama (MORENO)	S. 112
Fingermalen	S. 117
Musiktherapie	S. 118

Hier sei nochmals ein Ü b e r b l i c k gegeben, der den Empfehlungen SPIELS (1967, S. 49 ff.) folgt.

Er gibt nachstehende Hinweise für :

Erlebnisreaktionen und Entwicklungskrisen :

Beratung und Führung, Vermittlung von Schutz und Sicherheit, positive Zuwendung, Zuspruch und Hilfe,

Neurotisches Geschehen :

Methoden, die sich der Verbalisierung und der Deutung bedienen, besonders bei Reaktionsbildungen,

Neurotisch bedingte Entwicklungsstörungen :

deutungsfreie Analyse, um Gehemmhheiten und abnorme Erziehungseinflüsse aufzufangen,

Aggressionsneurotische Symptome :

Ausleben mit Hilfe aggressiver Gestaltungsmittel, z.B. bei Enuresis, Enkopresis : Spielen mit Sand, Wasser, Schmutz; Fingerfarben (s.S. 117),

Hysterien, Phobien, Zwangsneurosen :

aufdeckende, verbalisierende Verfahren,

Charakterneurosen :

Kombination von aufdeckend-erhellenden Verfahren mit Training und Lernen neuer Verhaltensweisen, eventuell " Verführung zu einem neuen Lebensstil ",

Organneurosen :

autogenes Training, Suggestion,

Persönlichkeitsentwicklungsstörungen :

zunächst Zuwendung, Akzeptierung, Bindung; dann vorwiegend analytisches Aufdecken; schließlich eine Art Neuorientierung,

"Psychopathisierung" (Ausgestaltung charakterlicher Wesenszüge zuendegekommen) :

zunächst Gruppentherapie, danach Einzeltherapie,

"Pseudopsychopathie" (Verwahrlosungen mit perversiver Struktur) :

analytisch orientierte pädagogische Therapie mit Beziehungsmanipulation, (vgl. A. AICHORN, S. 23 ff.),

Mangelnde Kontaktfähigkeit :

Vermittlung echter Mitmenschlichkeit, Korrektur falscher Lebensperspektiven,

Konstitutionelle Varianten und Persönlichkeitsveränderungen infolge von Zerebralschädigungen :

heilpädagogisch-erzieherische, medikamentöse und gruppenpädagogische Maßnahmen,

Psychosen :

deutungsfreie, mitagierende Therapie, menschliche Beziehung und Führung, "ichstützende" Maßnahmen zur Erleichterung der Schwierigkeiten und Konflikte mit der Umwelt, am psychotischen

Grundgeschehen ändert Psychotherapie nichts.

" Es wurde versucht, eine Art psychotherapeutischer Rezeptologie zu erstellen, und wir sind uns der Schwächen eines solchen Unternehmens wohl bewußt. Die erste wird wohl darin liegen, daß die Erfahrung lehrt, daß kaum ein Fall nur nach einer Methode behandelt werden kann, daß es sich oft um eine Mischung verschiedenster Methoden handelt. Eine zweite Schwierigkeit liegt darin, daß man auch diagnostisch nicht so ganz scharf zwischen den einzelnen dynamischen Grundprozessen unterscheiden kann, sondern auch da Mischungen der verschiedenen Dynamismen die Regel sind " (SPIEL, 1967, S. 51).

Sicher werden die Indikationen für die einzelnen therapeutischen Verfahren von den verschiedenen Autoren weiter oder enger, vielleicht sogar anders gesehen. SPIELs Darlegungen sind daher nur als e i n Beispiel für mögliche Indikationsschemata zu betrachten.

(Lit. : BERNA, 1962, 1969; A. FREUD, 1948)

X. THERAPIEENDE UND THERAPIEABBRUCH

Ein Problem der Psychotherapie ist mit Sicherheit die Festlegung der Kriterien für die Beendigung und den erfolgreichen Abschluß der Therapie. Wie bereits mehrfach erwähnt, liegt das Ziel der Vertreter vieler Therapieformen ja nicht in einer Beseitigung der vorhandenen Symptome, sondern in einer Veränderung der Persönlichkeit.

MARTA KOS-ROBES (in BIERMANN, 1969², S. 371 ff.) legt daher zur Beendigung der Kinderpsychotherapie Wert darauf, daß folgende Tatsachen nicht nur für den Behandlungsverlauf, sondern auch für das Ende der Therapie von Bedeutung sind und dieses modifizieren :

1. die realen Lebensumstände des Patienten
(Wohnort, Schule, Arbeit),
2. die inneren Umstände des Patienten
(Talente, Gebrechen, Neigungen, Antipathien, Intelligenz),
3. die Familienumstände des Patienten
(soziale, ethnische, ökonomische, religiöse Gegebenheiten, Familienkonstellation).

Zum Ausklang der Behandlung ist eine Auseinandersetzung des Patienten mit Umwelt und Gesellschaft je nach Alter, Reife und Intelligenz anzustreben, um ihm den Weg in die Gesellschaft

zu weisen. Der günstigste Moment zum Beenden einer Kinderpsychotherapie ist nach der Auffassung von M. KOS-ROBES mit dem Beginn eines neuen Entwicklungsstadiums gegeben.

Welche Einzelkriterien können nun aber zur Beendigung der Therapie herangezogen werden ?

M. KLEIN (1971, S. 62 f. u. 113 f.) orientiert sich nach :
der Auflösung der Angst, den Veränderungen der unbewußten Phantasien, einer Verbesserung der Realitätsbeziehungen sowie einer Aufhebung der Spielhemmungen.

R.u.A. TAUSCH (1956, S. 130 ff.) geben eine ausführliche Übersicht über die Änderungen der Verhaltens- und Erlebnisweisen, an denen eine erfolgreiche Therapie abzulesen ist. Nachstehend seien einige Kriterien wiedergegeben :

- Das Kind wird gelöster und spontaner.
- Stereotype Reaktionen und Verhaltensweisen fallen fort.
- Es äußert sich positiv über sich selbst, über Schule, Elternhaus und andere.
- Selbständigkeit, Entschlußfreude und Initiative nehmen zu.
- Das Spiel wird altersentsprechender.
- Nervöse Kinder zeigen mehr Ausdauer, Konstruktivität und Planung, sie sprechen freier.
- Kinder mit unsozialem Verhalten bringen andere mit. Streitigkeiten nehmen ab. Es gibt gemeinsame Pläne, Anerkennung fremder Leistungen, Verabredungen außerhalb der Therapie-stunde.

Bei fast allen Kindern :

- Äußerungen über die eigene Person mehren sich.
- Es werden konstruktive Pläne über das Tun außerhalb der Therapie erstellt.
- Es finden sich Aussagen von Eltern, Lehrern und Erziehern, daß das Kind "anders" geworden ist.
- Gefühlsspannungen lassen nach, das Kind erscheint glücklicher und zufriedener.
- Selbstvertrauen und Anpassungsfähigkeit nehmen zu.
- Störende Symptome fallen fort oder werden schwächer.

Von Wichtigkeit ist natürlich auch, daß der Erfolg der Therapie in der Umwelt der Kinder und Jugendlichen nicht wieder zunichte gemacht wird.

Der Umgang mit den Eltern (s.S. 89 ff.), die Übergangsgruppen bei SLAVSON (s.S. 77) sowie WIESENHÜTTERS Nacharbeit mit Lehrern, Betriebs- und Jugendleitern (s.S. 79) sind Beispiele für Maßnahmen, um dieses zu verhindern.

J. SCHWARZMANN beendet die Therapie des Kindes, e h e alle Symptome verschwunden sind (s.S. 38 f.).

Eine große Schwierigkeit stellen die vorzeitigen Beendigungen der Therapie, die Therapieabbrüche, dar. Um Therapieabbrüche von seiten der Eltern zu vermeiden, muß ihnen ein Verständnis für die besondere Form der Psychotherapie vermittelt werden. Mißtrauen gegen die Methode und den Therapeuten, Schuldgefühle und Eifersucht sowie eine Auftraggeberhaltung der Eltern müssen möglichst abgebaut werden. Es sollte ihnen klarwerden, daß Symptomlosigkeit noch nicht Heilung bedeutet und Ungeduld fehl am Platze ist. Zusammenarbeit und Partnerschaft zwischen beiden Eltern und dem Behandler sind Voraussetzungen für die erfolgreiche Zuendeführung einer Therapie.

Können die genannten Einstellungen bei den Eltern nicht erzielt werden, droht häufig ein Abbruch der Therapie, welcher für das Kind oder den Jugendlichen nur ungünstige Auswirkungen haben kann.

(Lit. : M. BALINT, 1966; A. FREUD, 1966, S. 61; L. KEPPLER, in BIERMANN, 1969^c, S. 361 ff. ; RUFFLER, 1958; SCHRAML, 1961, S. 150 ff.)

XI. EINZELTECHNIKEN UND ZUSATZINSTRUMENTE IN DER PSYCHOTHERAPIE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

In dem folgenden Abschnitt sollen einige Einzeltechniken und Zusatzinstrumente in kurzen Darstellungen geschildert werden.

1. Die psychoanalytische Kinderbehandlung mit der "Blumenpuppe"

Dieses spezielle Therapieverfahren wurde von FRANCOISE DOLTO-MARETTE Ende der vierziger Jahre in Paris entwickelt. Es beruht auf der Beobachtung freier Zeichnungen in der Kinderpsychotherapie, die deutlich machten, daß sich kindlicher Narzißmus in Blumen projiziert. Die ersten Blumendarstellungen von Jungen und Mädchen sind Margueriten.

So fordert die Autorin die Mütter der Kinder auf, eine Stoffpuppe anzufertigen, deren Körper, Arme, Beine, Gesicht und Kopf mit grünem Stoff überzogen sein sollen. Auf den Kopf soll eine künstliche Marguerite kommen.

Projektionen und Reaktionen gegenüber dieser Puppe führen bei den Patienten nach DOLTO-MARETTES Auffassung zu einer "Abreaktion der oralen Libido". Das Verhalten gegenüber dieser Figur erlaubt dem Kind, sich seiner Triebregungen bewußt zu werden, indem es sie kundgibt.

Es ergibt sich eine Verkürzung der Behandlungszeit bei einem ähnlichen Heilungsprozeß wie in der psychoanalytischen Behand-

lung.

Psychisch bedingte Anorexie, Sprachstörungen durch Angst, Angstzustände mit psychosomatischen Symptomen im Verdauungskanal können angeblich rasch mit dieser Methode geheilt werden.

(Lit. : DOLTO-MARETTE, 1958; in BIERMANN, 1969²)

2. Das Psychodrama

Diese von J.L. MORENO zunächst für Erwachsene entwickelte Methode verbindet psychoanalytische Konzeptionen mit gruppendynamischen Erkenntnissen.

Sie macht vom freien dramatischen Spiel Gebrauch und zielt darauf ab, die Spontaneität der Patienten zu wecken. Die Patienten werden aufgefordert, Situationen mit ihren Beziehungen zur Umwelt oder auch besondere, Konfliktbesetzte Situationen schauspielerisch darzustellen.

Das Psychodrama dient nicht der Heilung der Patienten im Spiel (vgl. ZULLIGER, S. 20), sondern zeigt ihnen ihre Fehlhaltungen und Hemmungen, die sich in der schauspielerischen Darstellung ihrer Konflikte äußern. Der mitspielende Psychotherapeut muß in der Lage sein, den Patienten immer wieder mit seinen Konflikten zu konfrontieren.

Bei gehemmten Kindern oder Jugendlichen dient das Psychodrama auch diagnostischen Zwecken.

Nach LEOVICI (in BIERMANN, 1969², S. 777) kommt das individuelle Psychodrama (Patient mit einer Gruppe von Therapeuten) bei rein psychotischen Zuständen und Grenzfällen, bei Charakteropathien und schweren Hemmungen vor allem bei Jugendlichen zur Anwendung.

Das Gruppenpsychodrama (bei Kindern und Jugendlichen) kann indiziert sein bei Charakteropathien, schweren Hemmungen und bei psychomotorischen Störungen.

MORENO mißt der schauspielerischen Spontaneität eine starke therapeutische Wirkung bei. LEOVICI glaubt nicht an eine Heilwirkung des psychodramatischen Ausdrucks an sich, sondern hält die Handhabung der Widerstände und der Abwehrmechanismen der Patienten; die Deutung der Übertragung durch das Spiel der therapeutischen Mitspieler oder durch die Verbalisation des Spielleiters für die Wirkung der Technik für unbedingt notwendig.

(Lit. : DIATKINE, 1959; LEOVICI u.a., 1957, 1959; LEUTZ, 1959; MORENO, 1946, 1959)

3. Das katathyme Bilderleben (Symboldrama)

Diese Technik schließt an die Phantasieproduktionen, die Tagträume und die Imaginationsfähigkeit des Menschen an. Das von H. LEUNER beschriebene Verfahren stellt eine Form des Agierens auf der Phantasieebene dar und hat eine enge Parallele zur Spieltherapie. Es findet dort bei Kindern und Jugendlichen Verwendung, wo eine Spieltherapie nicht mehr möglich ist.

Der Patient wird liegend suggestiv dazu angeregt, sich zu entspannen. Danach wird er aufgefordert, sich eine Wiese vorzustellen, auf der er quasi-real umhergehen kann. Während der

Imagination gleitet der Patient in eine Bewußtseinslage, die einem leichten Hypnoid gleicht (vgl. die "Umschaltung" beim autogenen Training, J.H. SCHULTZ). Die vom Therapeuten angeregte Vorstellung wird Kristallisationskern für die Projektionen der individuellen Inhalte.

Der Patient wird angehalten, dem Therapeuten laufend beschreibend zu berichten. Dieser kann Fragen stellen, Hinweise oder Aufgaben geben.

So kann der Patient auf dieser Ebene des Bildbewußtseins seine Strebungen, Ängste, Abwehrvorgänge und neurotischen Haltungen phantasierend agieren.

In der Kindertherapie werden folgende Motive verwendet :

die Wiese als Ausgangspunkt, der Aufstieg auf einen Berg, die Verfolgung eines Bachlaufes, das Aufsuchen eines Hauses, welches betreten wird, die Begegnung mit Beziehungspersonen (real oder als Tieren), die Beobachtung des Waldrandes von der Wiese aus.

Technische Modi des Vorgehens sind :

1. das übende Vorgehen,
2. die Symbolkonfrontation,
3. das regieführende Symboldrama,
4. das assoziative Vorgehen.

Die Maßnahmen des Arztes sind eher nicht-interpretierend. Er ist gleichbleibend freundlich und mehr passiv, er greift je nach Fall vorsichtig in das Bilderleben ein.

Therapeutisch wichtig sind nicht die Bildproduktionen als solche, sondern die sie begleitenden oder durch sie freigesetzten Gefühle. Bei älteren Kindern können durch die Aufforderung zur Beschreibung dieser Gefühle dieselben bewußt gemacht werden.

(Lit. : LEUNER, in BIERMANN, 1969², S. 393 ff.; LEUNER, 1955; SPECHT u. LEUNER, 1965)

4. Phantasiegeschichten

Die Phantasie gehört mit der Sprache zu den Leistungen, die dem Menschen vorbehalten sind.

Sie dient nicht nur der Vorwegnahme von zukünftigem Realen, sondern auch der Wunschbefriedigung, wie im Traum etwa.

Besonders beim Kind vermischen sich Realität und Phantasie noch weitgehend. Die Phantasie hilft dem Kind, Affekte zu befriedigen, Unvollkommenheit zu überwinden und Angst zu bändigen. Phantasiegeschichten werden in der Vorstellung bewältigt und nicht in einem Rollenspiel dramatisch dargestellt.

DORIS MERIAN (in BIERMANN, 1969², S. 406 ff.) empfiehlt Anregungen des Therapeuten, die den therapeutischen Prozeß vom Symbolspiel, dem Dramatisieren, zum Phantasieren fortschreiten lassen. Sie vertritt eine am nicht-direktiven Verfahren orientierte Haltung dabei, arbeitet andererseits aber mit psychoanalytischen Kategorien wie Widerstand und Übertragung. Deutungen im engeren Sinne (Ansprechen unbewußter Regungen) werden nicht gegeben.

Wichtigste therapeutische Regel ist es ihr, in der Handhabung von Phantasiegeschichten dem Kind zu ermöglichen, sich mitzuteilen. Daher sollte der Therapeut auch Fragen zu den Vorstel-

lungen stellen, die das Kind mit seinen Produktionen (Zeichnungen, Tests, Spielen) verbindet. Phantasien sind bewußtseinsnäher als Träume und das Kind fühlt sich dafür verantwortlicher; in einer Art Symboldarstellung kann es ziemlich unverhüllt von seinen Beziehungen und Problemen sprechen.

(Lit. : BERNA, 1949; MERIAN, 1962; DÜSS-Fabeln-Methode, 1956)

5. Die Rolle des Traumes

Während ANNA FREUD in ihrer "Einführung in die Technik der Kinderanalyse" die Traumdeutung noch als wichtiges Mittel der Kindertherapie beschreibt (s.S. 14), sind andere Autoren in der Anwendung zurückhaltender.

J. BERNA (1949) meint, daß Kinder erst zu Träumen und Tagträumen angeregt werden müßten (s.S. 28). A. DÜHRSEN verwendet Traummaterial nur selten (s.S. 36).

ZIERL (in BIERMANN, 1969^c, S. 415 ff.) glaubt, daß Träume im Kindesalter noch recht undifferenziert sind, durchsichtig und geradlinig; oft sind simple Wunscherfüllungen enthalten. Kinder sind außerdem in der Wiedergabe ihrer Träume ungenau. Fälschungen, Umdichtungen und Konfabulationen sind häufig. Wichtigster Zugang zum Kind ist daher für ihn das Spiel und die Spieltherapie.

In der Pubertät und der Adoleszenz gewinnen die Träume allerdings mehr an Symbolkraft, die die Konflikte dieser Periode zum Ausdruck bringen und wertvolle diagnostische und therapeutische Ansatzpunkte liefern. Verfolgungssituationen, Wasserträume, Wandlungsträume, Engeträume, Fall- und Flugträume geben Hinweise auf sexuelle und Geschlechtsrollenproblematiken, Lebensangst und Insuffizienzgefühle dieser Altersstufe.

ZIERL läßt die Träume von seinen Patienten in manchen Fällen auch noch zusätzlich zeichnen.

Eine analytische Traumdeutung hält er erst für nach dem 16. Lebensjahr für sinnvoll. Freie Assoziationen im Anschluß an Träume verhelfen den Jugendlichen oft selbst zur Erarbeitung von Deutungen.

Die Traumarbeit mit Pubertierenden und Adoleszenten ermöglicht seiner Meinung nach eine frühzeitige Bekämpfung von Fehlhaltungen in der allgemein menschlichen und psychosexuellen Entwicklung.

(Lit. : ZIERL, 1960)

6. Die Spaziergangsbehandlung

Diese von H. ZULLIGER beschriebene Methode für die Therapie von Jugendlichen im Alter von 12 - 16 Jahren wurde bereits kurz erläutert (s.S. 22).

Die Besonderheit dieser Methode liegt darin, daß die Therapiestunde ins Freie verlegt wird und der Patient in realer Umwelt dazu angeregt wird, Erzählungen, Träume und freie Einfälle zu liefern. Die Assoziationen werden von den Jugendlichen auf den Spaziergängen mehr beiläufig gegeben (eventuell auch bei anderen Unternehmungen oder im Anschluß an Zeichnungen).

gen) und in einem tiefenpsychologisch geführten Gespräch gedeutet.

Wichtige Voraussetzung ist ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Behandler und dem Jugendlichen.

(Lit. : ZULLIGER, 1966)

7. Das Puppenspiel

MADELEINE RAMBERT betrachtet das Kasperlespiel als angemessenes Ausdrucksmittel für Kinder bis zu 12 Jahren.

Eine ganze Reihe von Figuren, die sich nach Alter, Funktion und Geschlecht unterscheiden, geben die Möglichkeit zu einer vielfältigen Darstellung. Eine Sonderstellung hat der Kasperle als Figur zwischen Realität und Phantasie.

Aus dem Spiel mit den Puppen können nach ihrer Meinung weitreichende Schlüsse auf das Milieu, die Eltern, die Geschwister und die Probleme des Kindes gezogen werden, wie es in gleichem Maße bei sprachlichen Äußerungen nicht möglich ist. Neben der Handlung und den Aussagen des Kindes im Spiel sind auch seine Mimik und Gestik dabei sehr wichtig.

Der Therapeut stellt zunächst nur eine milde moralische Instanz dar; er spielt nicht mit, zeigt aber, daß er das Kind wirklich versteht. Das Puppenspiel allein hat aber noch keine therapeutische Funktion. Die Übertragung von Gefühlen auf die Figuren führt zur Darstellung der kindlichen Konflikte in mehr oder weniger symbolischer Form. So ermöglicht das Spiel eine gefühlsmäßige Bewußtmachung, es erleichtert eine innere Befreiung und eine Änderung des Verhaltens, indem der Therapeut durch sein Mitspielen das Kind immer wieder vor sein Problem stellt.

(Lit. RAMBERT, in BIERMANN, 1969², S. 435 ff.; 1969)

8. Die Welt-Technik

Bei dieser Technik wird den Kindern eine Vielzahl von kleinen Gegenständen, Figuren, Pflanzen, Tieren und Menschen gegeben, mit denen sie machen können, was ihnen einfällt.

Die Einführung des Kindes in die Handhabung ist standardisiert. Während das Kind die "Welt" aufbaut, zeigt sich der Therapeut aufmerksam, interessiert und hilfsbereit.

Der Vorgang der Herstellung wird schriftlich festgehalten, die fertiggestellte Welt jedes Kindes gezeichnet.

Charakteristisch für diese Technik sind ihre Vielseitigkeit (gleichzeitige Darstellung verschiedener Themen), die dynamischen Möglichkeiten (Geschichten werden dargestellt), die Erfassung präverbaler Stadien und die Unabhängigkeit von der technischen Geschicklichkeit des Kindes.

Zu einem bestimmten Zeitpunkt der Behandlung können den Kindern die Zeichnungen ihrer "Welten" gezeigt werden, um sie mit ihnen zu besprechen.

Die Welt-Technik wird als Möglichkeit für das Kind gesehen, in der Untersuchungssituation, aber auch während der Behandlung Mitteilungen einer Seite von ihm an eine andere oder von ihm an den Therapeuten zu machen.

(Lit. : HÖHN, 1966; LOWENFELD, 1960; H.H. MEYER, 1957)

9. Der Sceno-Test

Dieses Instrument in der Kinderpsychotherapie wurde von GERHILD V. STAABS beschrieben und ähnelt weitgehend der Welt-Technik.

Als standardisierter Test im Handel erhältlich, besteht das Material aus einer bestimmten beschränkten Anzahl von kleinen Puppen und Gegenständen, die nach dynamischen Gesichtspunkten ausgewählt sind.

Kinder und Jugendliche stellen im Rahmen dieser Miniaturwelt ihre Beziehungen zu Menschen und Dingen ihrer Umgebung szenisch dar. Sie bieten in den Szenen ein Abbild dessen, wie sie bewußt, häufiger aber unbewußt ihre Umwelt sehen, erleben und dazu Stellung nehmen. Die Patienten werden bei dem Aufbau außerdem aufgefordert, etwas dazu zu erzählen.

Der Test gibt so wichtige Hinweise für die Psychodiagnostik (Eine ausführliche Auswertungsanleitung möglicher Szenen wurde von der Autorin erstellt.).

Diese Spielwelt spricht besonders die Affekte an und fördert so in der Therapie die Auseinandersetzung mit neurotischen Konflikten und Haltungen. Der Therapeut gesteht die Auswirkungen der mobilisierten Antriebe zu, läßt sie gestalten und erleben. So kann der Patient zu realitätsgerechter Umstellung geführt werden, die sich während der Behandlung in spontanen und immer variierenden Gestaltungen wie von selbst vollzieht.

(Lit. : G. V. STAABS, 1965)

10. Das Sandspiel

Diese von DORA KALFF dargestellte Variation der LOWENFELDschen Welt-Technik verlegt das Spiel des Kindes mit den kleinen Figuren und Gegenständen in einen Sandkasten. Dem Therapeuten soll es gelingen, dem Kind die Bilder seines Spiels in einen leichtverständlichen Zusammenhang mit seinen äußeren Lebenssituationen zu bringen.

Hintergrund der Interpretationen, die sich der Therapeut zu den auftauchenden Symbolen selbst gibt, ist die Psychologie C.G. JUNGs (s.S. 30 f.).

(Lit. : D. KALFF, 1966)

11. Das Zeichnen

Das Zeichnen wird (neben Erzählungen, Spielen und Träumen) als wichtiges Ausdrucksmittel der Kinder betrachtet. Vergleichbar dem Puppenspiel (s.S. 115) sieht M. RAMBERT außerdem aber eine Möglichkeit für die Abreaktion kindlicher Affekte, das Bewußtwerden von Konflikten, für eine Katharsis und die Sublimierung von Trieben darin.

Wichtig sind auch hier die Mimik und die Gestik des Kindes sowie seine Erläuterungen zu den Zeichnungen.

Es gilt, die individuelle Symbolik des einzelnen Kindes zu verstehen. Projektionen, Identifikationen, Überbetonungen, Verdichtungen, Dimensionen und Gesichtsausdruck in den Zeichnungen

gen ermöglichen ein Verständnis der kindlichen Bildersprache.

Auch bei der Anwendung dieser Hilfsttechnik soll man nach M. RAMBERT (in BIERMANN, 1969^c, S. 463 ff.) dem Kind seine Konflikte erklären, es ermutigen und ihm Auswege für seine Affektivität anzeigen (im Sinne einer psychoanalytischen Technik).

(Lit. : RAMBERT, 1969; ZULLIGER, 1969, S. 73 ff.; Zeichen-Tests, s.S. 104)

12. Die Kunst-Therapie

Die Kunst-Therapie wird als eine Ergänzung zur Psychotherapie betrachtet, die nicht wie Zeichnungen und Spiele die Assoziationen ersetzen und als Verständigungs- und Deutungsmittel in der Psychotherapie von Kindern dienen soll.

Die Kunst-Therapie versteht sich als eine Methode zur Förderung und Anregung von Entwicklungsprozessen sowie zur Stärkung der Sublimierungsfähigkeit.

Freies Zeichnen, Malen und Modellieren machen es möglich, Phantasien und Wünsche in symbolischer Form auszuagieren, ohne Schuldgefühle wachzurufen. In der Kunst wird darüberhinaus eine Leistung verlangt, die die Entwicklung neuer Bewältigungsmethoden notwendig macht. Die Konsistenz der Materialien und die Abwesenheit von Regeln und Gesetzen können zu Regressionen Anlaß sein, verdrängtes Material und unterdrückte Affekte können dadurch auftauchen.

Die heilende Kraft der Kunst-Therapie liegt nach E. KRAMER hauptsächlich in dem Prozeß der Sublimierung.

(Lit. : E. KRAMER, in BIERMANN, 1969²; 1958, 1965)

13. Das Fingermalen

Beim Fingermalen wird die Farbe direkt mit den Fingern auf große Packpapierstücke oder direkt auf die Wände aufgetragen. Die Wahl des Themas soll spontan erfolgen.

Nach LISELOTTE PEKNY (in BIERMANN, 1969^c, S. 487 ff.) können das Material selbst, der Malprozeß sowie das Produkt in den therapeutischen Prozeß eingeordnet werden. Auch hier wird das Malen als Darstellung innerseelischer Vorgänge gedeutet, als ein Prozeß "primitiver Objektivierung", der allein schon eine Art Befreiung bewirkt.

Besonders geeignet erscheinen die Fingerfarben für gehemmte, ängstliche und furchtsame, verhaltensgestörte und motorisch gestörte Kinder. Aber auch chronisch somatisch kranke Kinder können in diesem therapeutischen Hilfsmittel ein Gegengewicht zum psychischen Hospitalismus finden.

Die Heilpädagogik stellt einen anderen wichtigen Anwendungsbereich dar.

(Lit. : BERNA, 1953; NAPOLI, 1946; PEKNY, 1963; ZULLIGER, 1966, S. 99 ff.)

14. Die Musiktherapie

Die Musiktherapie findet Anwendung bei verhaltensgestörten, aber auch bei psychotischen Kindern.

Die Betätigung in einer Musikkapelle mit ganz einfachen Instrumenten führt zu sozialen Interessen, weckt Zusammengehörigkeitsgefühl und Zusammenarbeit.

Spiele mit Musikbegleitung oder dazu gesungenen Liedern können die kindliche Aggressivität mindern und den Bewegungsreichtum fördern. Der Affektcharakter der Musik führt eventuell zu Äußerungen der Kinder über für sie wichtige, bisher nie erwähnte Dinge. Verschiedene Variationen in der Anwendung von Musik bieten die Möglichkeit für das gestörte Kind, neue menschliche Beziehungen anzuknüpfen.

PELTZ (in BIERMANN, 1969², S. 507 ff.) beschreibt eine kombinierte Musik-Maltherapie, die in einem synästhetischen Vollzug auf einen Zustand zurückführen will, der Gefühle wieder frei zur Aktion kommen läßt. Erfolge mit dieser Methode waren vornehmlich bei gehemmten, reizschwachen Kindern, besonders aber auch beim Asthma bronchiale und bei neurotischen Stotternern zu verzeichnen.

(Lit. : BROWN, in BIERMANN, 1969², S. 493 ff.; DREIKURS, 1954, 1958; DREIKURS und CROCKER, 1956)

15. Das Essen in der Therapie

Die Verhaltens- und Reaktionsweisen der Kinder gegenüber vorhandenem Essen (regressive Eßgewohnheiten, aggressive Reaktionen, Angebote an den Therapeuten, Rücksichtnahme auf andere Kinder etc.) geben Hinweise zur Diagnostik, über den Verlauf und die Erfolge der Therapie.

(Lit. : HAWORTH, 1964; HAWORTH und KELLER, in BIERMANN, 1969², S. 510 ff.; SLAYSON, 1956)

16. Die Bewegungstherapie

Es handelt sich hierbei um ein Verfahren, welches auf der Annahme beruht, daß die Pathogenese vieler Verhaltensstörungen auf falschen Bewegungsvorgängen der quergestreiften Muskulatur und veränderter Muskelspannung fußt.

Das konzentrativ integrative Bewegungs-Übungsverfahren bemüht sich nun in 12 Grundübungen (nicht zu verwechseln mit der Heilgymnastik) einen Einfluß auf die Psychomotorik auszuüben, auf die willkürlichen Muskelfunktionen und frühe Gewohnheitsbildungen.

Eigengesetzlichkeit soll vom Übenden erfahren, Eigenverantwortlichkeit entwickelt werden. Hemmungslose Aggressionskräfte sollen in sozial offene und positiv hemmende Spannkraften umgewandelt werden.

(Lit. : GESSLEIN, in BIERMANN, 1969², S. 580 ff.; 1963; WILDER, 1959)

XII. DAS SPIELZIMMER

Die Einrichtung eines Spielzimmers wird von den Autoren aller Richtungen als wichtige Voraussetzung für psychotherapeutisches Arbeiten mit Kindern gesehen.

Als Beispiel für die Empfehlungen, die für die Ausstattung eines Spielzimmers gegeben werden, soll hier den Vorschlägen H.G. GINOTTs (in BIERMANN, 1969², S. 593 ff.) gefolgt werden.

Fünf Hauptkriterien werden von ihm für die Auswahl oder die Ablehnung von Materialien für die Kindertherapie genannt :
Ein Behandlungsspielzeug sollte

1. die Kontaktaufnahme mit dem Kind erleichtern,
2. die Katharsis hervorrufen,
3. die Einsichtsfähigkeit fördern,
4. die Möglichkeiten zum Erproben der Realität geben,
5. Mittel zur Sublimierung sein.

GINOTT beschreibt für die Einzel- und Gruppentherapie der Drei- bis Neunjährigen einen Raum von 14 - 18 bzw. 27 - 36 qm Größe, bei dessen Anlage der Unfallverhütung Rechnung getragen wurde. Stabile Möbel und Einrichtungsgegenstände, ein Waschbecken und eine Wandtafel sollten vorhanden sein.

Folgende Einrichtungen sollten für das Spiel der Kinder gegeben sein :

- Klettermöglichkeiten
(Turnleiter, Kletterbogen, Schrank),
- Puppenhaus,
- Spieltiere,
- Transport-Spielzeug
(Autos, Lastwagen, Boote, Flugzeuge),
- Materialien für das Spiel mit Wasser
(Waschbecken, Schwämme, Kannen, Seifenblasen),
- Material zum Malen
(Staffelei, Wasserfarben, Kreide, Buntstifte, Fingerfarben),
- Ton zum Modellieren,
- Bauklötze,
- Handpuppen,
- aggressives Spielzeug
(Gummipfeile, Luftgewehre, Knallpistolen, Gummimes-
ser, Box- und Schlag-Übungsgeräte, Xylophone, Ta-
schenlampen, Feuerwerkskörper),
- Haushaltsgegenstände,
- Sandkasten.

Für ältere Kinder (9 - 13 Jahre) sind einige der vorgenann-

ten Spielgeräte nicht mehr geeignet. Nach SLAVSONs "Werkgruppen-
pentherapie" werden hier, besonders für gehemmte Kinder,
empfohlen :

- Malen,
- Modellbau,
- Holzarbeit,
- Lederarbeit,
- Basteln,
- Handarbeit.

Für aggressive und gehemmte Kinder sind außerdem angeraten::

- elektrische Schießstände,
- Tischkegelspiele,
- Boxapparate.

Daneben sollte für Werkgruppen die Möglichkeit gegeben sein,
kleine Mahlzeiten zuzubereiten.

(Lit. : DORFMAN, 1951; GINOTT, 1966; SLAVSON, 1956; R.u.A.
TAUSCH, 1956)

XIII. KINDERPSYCHOTHERAPIE IN SPEZIELLEN BEREICHEN

Probleme und Schwierigkeiten methodischer Art bieten sich für
die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen auch in den
Bereichen :

- Kinderpsychiatrie,
- Kinderheilkunde
(beides sowohl in der Klinik als auch in freier
Praxis),
- Heimerziehung,
- Heilpädagogik.

Im Rahmen dieser Arbeit kann darauf aber nicht näher einge-
gangen werden. Es wird daher auf die Literatur verwiesen.

(Lit. : ASPERGER, 1965; BALINT, 1963; BIERMANN, 1962¹, 1965¹,
1969¹, S. 981 - 1156; HARBAUER, LEMPP, NISSEN, STRUNK, 1971;
HOFF u. STROTZKA, 1959; PACHE, 1961; PELTZ, 1966; PLANK, 1964;
SAGI, 1966; SCHRAML, 1953; SCHWIDDER, 1952; SPIEL, 1967)

XIV. KATAMNESE UND ERFOLGSERFASSUNG

Katamnesenprobleme ergeben sich schon im Bereich der Erwach-
senenpsychotherapie durch :

- die Vielfältigkeit der Verfahren,
- Symptomheilungen, Symptomverschiebungen, Spontan-

- heilungen,
- Erfolgsbeurteilung und -objektivierung,
- Dauer der Heilung,
- vergleichbare Kontrollgruppen (Zusammensetzung),
- Auswahl der Patienten,
- Persönlichkeit des Therapeuten,
- mangelnde Übereinstimmung in der Definition im Bereich von Diagnose, Therapiezielen und Erfolgskriterien.

Alle diese Faktoren haben einen schwer kontrollierbaren Einfluß auf den Erfolg psychotherapeutischer Maßnahmen bzw. auf die Vergleichbarkeit von Ergebnisstatistiken.

Für die Katamneseproblematik in der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen sind nach BIERKANN (1969², S. 1161) weitere Fragestellungen zu diskutieren :

1. die Entwicklungs- bzw. Reifephasenabhängigkeit kindlichen Verhaltens,
2. die Wechselwirkungen zwischen dem verhaltensgestörten Kind und den Partnern seines Lebensmilieus,
3. die Variablen der kindertherapeutischen Technik,
4. die speziellen Schwierigkeiten langfristiger Katamneseerfassung im Kindes- und Jugendalter.

Bisher fehlt es noch weitgehend an Untersuchungen, die Bezugsangaben enthalten, die die Beurteilung von Erfolgsangaben und Erhebungsmethoden sowie die Vergleichbarkeit von Behandlungsverläufen und den Nachweis der Validität einer Behandlungsmethode erlauben.

Nach V. KUHLEN (1973, S. 217) sind eine Vergleichbarkeit und eine relative Entscheidung über den tatsächlichen Erfolg einer Methode nur dann gegeben, wenn vollständige und detaillierte Daten in mindestens den folgenden vier Kategorien vorliegen :

1. Effektivitätskriterien mit Einschluß eindeutiger Definitionen des Ausgangssymptoms, des Therapiezieles und der Erfolgskategorien,
2. Auswahl der Stichprobe, die den Erfolgsangaben zugrunde liegt,
3. Kontrolle der Methodenanwendung,
4. Angaben über Vergleichsgruppen.

(Lit. : BASH, 1966; BIERKANN, 1968¹, 1969², S. 1157 ff.; CREMERIUS, 1962; DÜHRSEN, 1957; HOOD-WILLIAMS, 1960; KAUFMANN, 1964; KUHLEN, 1973, S. 216 ff.; LANGEN u. VEIT, 1954; LEVITT, 1957, 1963; MALAN, 1961; MEYER u. DITTMAR, 1962; STROTZKA, 1964)

XV. ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSWORT

Diese Arbeit soll einen Überblick über die diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen geben, wobei Vollständigkeit nicht angestrebt werden kann. Es muß zum Teil exemplarisch oder in großer Kürze vorgegangen werden, um bei der Vielfalt der Methoden und Techniken sowie ihrer Variationen den Umfang der Arbeit in Grenzen zu halten. Häufig werden daher Literaturangaben an die Stelle ausführlicher Erläuterungen gesetzt.

Anfänglich wird auf die Unterschiede eingegangen, die grundsätzlich zur Erwachsenenpsychotherapie bestehen. Daran schließt sich ein historischer Abriß an, der die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychotherapie im Anschluß an die Psychoanalyse und die Erwachsenenpsychotherapie skizziert, wie sie sich in verschiedenen Ländern und in unterschiedlicher theoretischer und praktischer Orientierung bis heute vollzogen hat.

Begriffliche Klassifizierungen leiten das Kapitel ein, in dem einzelne Verfahren vorgestellt werden.

Die Methoden von ANNA FREUD und MELANIE KLEIN zeichnen sich durch ihre frühe Entstehung und die Orientierung an der psychoanalytischen Lehre aus. Dabei ist auf den Gegensatz hinzuweisen, der zwischen der auch pädagogisch ausgerichteten Technik A. FREUDs und der strenger analytischen Vorgehensweise M. KLEINs besteht ("Frühanalyse" mit sofortigen und weitgehenden Deutungen bei den Kindern). HANS ZULLIGER vertritt eine "deutungsfreie Spieltherapie", wobei er die "heilenden Kräfte" im kindlichen Spiel in den Vordergrund stellt. Spieleingriffe anstelle von Deutungen führen zu einem neuen Erleben und vermeiden bloß intellektuelles Wissen. Für Jugendliche empfiehlt er die "Spaziergangsbehandlung", eine Methode, die die klassische psychoanalytische Technik modifiziert und die Therapie-stunde ins Freie verlegt.

AUGUST AICHHORN führte die Psychoanalyse und ihre Theorien in die Praxis der Erziehungsberatung und Fürsorgeerziehung ein. JACQUES BERNA wandelt die Technik A. FREUDs ab und mißt besonders der Rolle des Therapeuten als der eines "tollpatschigen Clowns" große Bedeutung bei. In den letzten Jahren beschreibt er eine Ich-psychologische Deutungstechnik, die an

den besonderen Gegebenheiten der Kinder orientiert ist.

MICHAEL FORDHAM betreibt eine Kinderanalyse auf der Grundlage der analytischen Psychologie C.G. JUNGs, JULIA SCHWARZMANN eine soziologisch orientierte, die Rolle der Mütter beachtende Kinderanalyse.

ANNEMARIE DÜHRSEN bedient sich als Vertreterin der Neo-Pschoanalyse einer eher pragmatischen Psychotherapie. Das analytisch-therapeutische Elterngespräch nimmt eine Mittelstellung zwischen der unterstützenden Behandlung eines Erwachsenen und der psychoanalytischen Methode ein. Im Umgang mit den Kindern steht das Symbolspiel und das Mitagieren im Vordergrund, aber auch Stellungnahmen des Therapeuten in verschiedenster Hinsicht sind wichtig. Ein Gefühlsprozeß ist beabsichtigt, nicht eine intellektuelle Einsicht. Bei den Jugendlichen geben Informationen und Orientierungshilfen Zugangsmöglichkeiten zu den Patienten. Analytisch orientierte Stellungnahmen sind die wichtigsten therapeutischen Maßnahmen. Technische Hilfsmittel sind für sie u.a. die "Fremdschilderungen" und der "Ausgang von der Lücke".

Die "stützenden Verfahren" (Suggestion, autogenes Training, Hypnose) richten sich mehr an die psycho-physische Ganzheit des Patienten und an physiologische Regulationssysteme. Sie bemühen sich nicht um eine Aufdeckung von Konflikten und unbewußten Ursachen für eine bestimmte Symptomatik. Der Zeitaufwand ist geringer als bei den von der Psychoanalyse ausgehenden Verfahren. Beim autogenen Training werden Anforderungen an die Aktivität und die Übungsbereitschaft des Patienten gestellt. Kombinationen mit anderen Therapieformen (außer mit analytischer Spieltherapie) sind möglich.

Die nicht-direktive Kinderpsychotherapie (R.u.A. TAUSCH) geht von der Voraussetzung aus, daß das gestörte Kind in der Lage ist, seine Probleme selbst befriedigend zu lösen. Hilfestellungen dabei gibt der Therapeut, der sich nach bestimmten Prinzipien verhält. Er gibt keine Ratschläge und Deutungen, sondern nur Affektbenennungen ("Reflektieren", "Spiegelung"), die eine Objektivierung von Emotionen und eine Entwicklung möglich machen.

Die Therapie durch Verhaltensänderung (Verhaltenstherapie)

beruht auf den Lerntheorien und überträgt Laboratoriumsexperimente auf empirischem Wege auf die Behandlung von Verhaltensstörungen. Hohe Effizienz, Methodenkontrolle und der mögliche Einsatz von Hilfstherapeuten sollen diese Therapiemethode rechtfertigen. Die Einzelmaßnahmen zur Reduktion oder zum Aufbau von Verhaltensweisen liegen im Rahmen der Konditionierungsmethoden bzw. des "Lernens am Modell".

Die analytische Gruppenpsychotherapie betont die therapeutische Wirkung der Gruppe. Nicht Interpretationen und Deutungen, sondern Erfahrungen der Patienten in einer neuen Situation führen zu einer Änderung der Erlebens- und Verhaltensweisen der Patienten. Dynamische Wechselwirkungen zwischen den Gruppenmitgliedern untereinander führen zur Handlungskatharsis und zu grundlegenden Änderungen der Persönlichkeit jedes einzelnen. Verschiedene Autoren beschreiben dabei für Kinder und Jugendliche je nach theoretischer Orientierung und Erfahrung unterschiedliche Vorgehensweisen.

Die Familientherapie bezieht in die Therapiesitzungen die ganze Familie mit ein, da angenommen wird, daß nicht nur einzelne Familienmitglieder gestört sind ("Familienneurose"). Therapieziele sind die psychosoziale Funktionsfähigkeit der Familie als Gruppe und die emotionale Funktionsfähigkeit der einzelnen Mitglieder.

Die Heilpädagogik ist ein Sonderbereich der allgemeinen Pädagogik und der Psychiatrie. Sie bedient sich besonderer unterrichtstechnischer, methodischer und individueller Maßnahmen. Psychagogik umschreibt im deutschsprachigen Raum eine Gruppe von Verfahren, die sich um psychologische Hilfe, Selbsterkenntnisvermittlung und Führung bemühen, ohne psychoanalytische, verhaltenstherapeutische oder stützende Komponenten zu beinhalten.

In einem kleineren Abschnitt wird auf die Eigenschaften, die Ausbildung und das Geschlecht des Therapeuten eingegangen. Daran anschließend wird die Rolle der Eltern in der Therapie diskutiert, wie sie von verschiedenen Autoren gesehen wird. Einige Möglichkeiten der Einbeziehung der Eltern in die Therapie der Kinder und Jugendlichen werden vorgestellt.

Die Besonderheiten und Voraussetzungen für die Therapie während

einzelner Abschnitte im Kindes- und Jugendalter sowie das jeweilige Vorgehen der Behandler wird anschließend dargelegt. Probleme bietet in starkem Maße das Pubertäts- und Jugendalter. Der Therapeut muß eine geeignete Einstellung und Haltung gegenüber dem Jugendlichen finden. Klassisch-psychoanalytische Vorgehensweisen. werden für diese Altersgruppe abgelehnt.

Das Vorgehen bei der Anamnese und Diagnostik wird an einem Beispiel (SIMMONS, 1972) erläutert, außerdem die Testdiagnostik angesprochen.

Betonung findet die Erstbegegnung mit Eltern, Kindern und Jugendlichen.

Ein Überblick über Indikationen in der Kinderpsychotherapie wird im Anschluß an SPIEL (1967) gegeben.

Das Therapieende ist durch verschiedene Einzelkriterien im Erleben und Verhalten des Patienten gekennzeichnet. Therapieabbrüche von seiten der Eltern muß der Therapeut zu vermeiden suchen.

Eine kurze Schilderung von Einzeltechniken und Zusatzinstrumenten rundet das Bild der therapeutischen Möglichkeiten ab.

Zur methodischen Problematik der Kinder- und Jugendpsychotherapie in speziellen Bereichen wird auf die Literatur verwiesen.

Gedanken zur Einrichtung eines Spielzimmers sowie zu den Schwierigkeiten der Katamnese und Erfolgserfassung beenden die Arbeit.

Im Augenblick ist in der Kinderpsychotherapie wohl ein Zeitpunkt erreicht, wo die Hegemonieansprüche von Schulen und das Bemühen um Studien, die eine generelle Entscheidung für die eine oder andere Methode (z.B. Psychoanalyse - Verhaltenstherapie) treffen sollten, überwunden scheinen. Es geht in den letzten Jahren vielmehr darum, die Frage zu lösen in welchem speziellen Fall welche Methode vorzuziehen sei. Die dabei auftretenden Schwierigkeiten wurden bereits im Kapitel über Katamnese und Erfolgserfassung kurz dargelegt (s.S. 120 f.).

A. DÜHRSSENS Hinweis auf die geringen Unterschiede im praktischen Vorgehen theoretisch verschieden ausgerichteter Schulen wurde schon erwähnt (s.S. 34).

SPIEL (1967, S. 141) schreibt :

"Die psychotherapeutischen Methoden sind den Notwendigkeiten des Falles entsprechend anzuwenden, ja es erweist sich, daß im

Verlaufe einer Therapie die verschiedensten Methoden nacheinander oder gleichzeitig zur Anwendung gebracht werden müssen."

So stellt sich zukünftig für die kinderpsychotherapeutische Forschung die Aufgabe, in exakten, vergleichenden Untersuchungen die Indikationsgebiete für die einzelnen Methoden oder Methoden/kombinationen abzuklären.

Darüberhinaus muß es immer darum gehen, neue erfolgreiche Methoden zu entwickeln. Der nationale und internationale Austausch von Arbeitsergebnissen, Vergleichs- und Kontrollstudien ist zu forcieren.

Es gilt in Zukunft, vermehrt Einrichtungen zu schaffen, in denen psychotherapeutische und verwandte Verfahren zum Wohle der Kinder und Jugendlichen zur Anwendung kommen. Außerdem sollten die Maßnahmen verschiedener Institutionen und Fachvertreter mehr als bisher koordiniert werden. Die Arbeit im Team ist anzustreben. Einheitliche und allgemein gültige Konzepte für die Ausbildung von Kinderpsychotherapeuten wären zu erarbeiten und die Zahl der Auszubildenden zu erhöhen, da bei uns offensichtlich noch ein großer Bedarf an Kinderpsychotherapeuten besteht.

Bei allen Anstrengungen, die unternommen werden, und bei allem Optimismus über den Erfolg psychotherapeutischer Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen sollten jedoch die Grenzen der Möglichkeiten nicht übersehen werden :

" muß man sich aber unbedingt klarmachen, daß Psychotherapie kein Ersatz für die Familie sein kann. Kinder, die unter sehr desolaten Umweltbedingungen aufwachsen müssen, können vielleicht mit psychotherapeutischen Mitteln etwas gegen allzu große Schäden abgeschirmt werden. Aber man darf sich nicht vorstellen, daß einige Stunden psychotherapeutischer Behandlung ausreichen könnten, um groben Mängeln in den Lebensumständen eines Kindes voll ausgleichend entgegenzuwirken. Nur wenn man dies im Sinn behält, wird man die Psychotherapie als Behandlungsmethode im ihrem Wert richtig einschätzen können und man wird nicht zu große, aber auch nicht zu kleine Hoffnungen und Erwartungen in sie setzen " (A. DÜHRSEN, 1971, S. 416).

Literaturverzeichnis

(Hinweis zum Literaturverzeichnis : Beispiel :, 1947³,
S. = drittes im Verzeichnis aufgeführtes Werk des genannten Autors aus diesem Jahr)

- ACKERMAN, N.W. : Treating the Troubled Family. New York, London : Basic Books 1966.
- ADLER, A. : Über den nervösen Charakter. München : Bergmann 1912.
- ADLER, A. : Praxis und Theorie der Individualpsychologie. München : Bergmann 1919.
- ADLER, A. : Schwer erziehbare Kinder. Dresden : Am anderen Ufer 1927.
- AICHHORN, A. : Verwaahloste Jugend. Bern, Stuttgart : Huber 1965.
- AICHHORN, A. Erziehungsberatung und Erziehungshilfe. Bern : Huber 1959. Reinbek : Rowohlt 1972.
- ALBERTS, M. : Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen. Prax.Psychoth. 7, 1962, S. 70 - 76.
- ALLEN, F. : Psychotherapy with Children. London : Norton 1947.
- ALEXANDER, F. : Analysis of the Therapeutic Factors in Psychoanalytic Treatment. Psychoanal. Quaterl. 19, 1950, S. 482 - 500.
- ALEXANDER, F. : Psychosomatische Medizin. Berlin: de Gruyter 1952.
- AMBROSE, G. : Hypnotherapy with Children. London : Staples 1956.
- ANTHONY, E.J. : Die psychotherapeutische Gruppenbehandlung von Kindern in verschiedenen Stadien ihrer Entwicklung. Prax. Kinderpsychol. 6, 1957, S. 15 - 20.
- ARGELANDER, H. : Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt : Wiss. Buchgesellschaft. 1970.

- ARTHUR, H. : A Comparison of the Techniques employed in Psychotherapy and Psychoanalyse by Children. Amer.J.Orthopsychiat. 22, 1952, S. 484 - 494.
- ASPERGER, H. : Heilpädagogik (1956). Wien : Springer 4.Aufl. 1965.
- AUERBACH, A. : Parent Discussion Groups, Their Role in Parent Education. In : Parent Group Education and Leadership Training. New York : Child Study Association 1953.
- AXLINE, V. : Play Therapy. Boston : Houghton Mifflin 1947.
- BALINT, A. : Psychoanalyse der frühen Lebensjahre.(1932). München, Basel : Reinhardt 2.Aufl. 1966.
- BALINT, M. : Über die Beendigung der Psychoanalyse. In : Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Bern, Stuttgart : Huber 1966.
- BALINT, M.,
BALINT, E. : Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Bern, Stuttgart : Huber/Klett 1963.
- BANDURA, A. Psychotherapy as a Learning Process. Psychol.Bull. 58, 1961, S. 143,- 159.
- BANDURA, A. : Behavioral Psychotherapy. Scientif. Amer. 216, 3, 1967, S. 78 - 86.
- BANDURA, A. : Principles of Behavior Modification. New York : Holt, Rinehart & Winston 1969.
- BANDURA, A.,
ROSS, D.,
ROSS, S.A. : Imitation of Film Mediated Agressive Models. J.Abnorm.Soc.Psychol. 66, 1963, S. 3 - 11.
- BANDURA, A.,
WALTERS, R.H. : Social Learning and Personality Development.(1963). New York : Holt, Rinehart & Winston 1967.
- BANG, R. : Psychologische und methodische Grundlagen der Einzelfallhilfe.(Case-work). München, Basel : Reinhardt 4. Aufl. 1968.

- BAROLIN, G. : Einige Erfahrungen zur Kombination von Gruppentherapie mit anderen psychotherapeutischen Maßnahmen. Prax.Psychoth. 7, 1962, S. 19 - 26.
- BASH, K.W. : Psychotherapeutische Erfolgsstatistik. Dtsch.med.Wochenschr. 91, 1966, S. 2089 - 2094.
- BATTEGAY, R. : Die Verstärkerwirkung der therapeutischen Gruppe. Prax.Psychoth. 6, 1961, S. 9 - 13.
- BECK, D. : Die Indikation zur psychoanalytischen Kurztherapie. Zschr.psychosom.Med. Psychoanal. 13, 1967, S. 257 - 265.
- BEISER, H.R. : Psychiatric Diagnostic Interviews with Children. J.Amer.Acad.Child Psychiat. 1, 1962, S. 656.
- BENEDICT, R. : Urformen der Kultur. Hamburg : Rowohlt 1955.
- BENEDETTI, G. : Analogien zwischen Kinderpsychotherapie und Psychotherapie mit regredierten schizophrenen Erwachsenen. Acta paedopsychiat. 29, 1962, S. 320 - 330.
- BERGMANN, TH.,
FREUD, A. : Children in the Hospitals. New York : Int. Univ. Press 1965.
- BERGOLD, J.,
SEIG, H. : Verhaltenstherapie. In : SCHRAML, W. : Klinische Psychologie. Bern, Stuttgart : Huber 1969.
- BERNA, J. : Zur Technik der Kinderanalyse. Psyche 3, 1949, S. 600 - 622.
- BERNA, J. : Fingerfarben als therapeutisches Mittel. Prax.Kinderpsychol. 2,7, 1953, S. 177 - 179.
- BERNA, J. : Zur Technik der Gesprächsführung mit Jugendlichen. Prax.Psychoth. 6, 1961, S. 145 - 150.
- BERNA, J. : Die Indikation zur Kinderanalyse. Psyche 16, 1962, S. 81 - 99.
- BERNA, J. : Ich-psychologische Deutungstechnik und Kinderanalyse. Psyche 21, 1967, S. 31 - 43.
- BERNA, J. : Die Indikation zur Kinderanalyse. In : BIERMANN, G. : Hdb.Kinderpsychotherapie. München : Reihardt 1969.

- BETTELHEIM, B. : The Empty Fortress. New York : The Free Press 1966.
- BERNFELD, S. : Sisyphos oder die Grenzen der Erziehung (1925). Frankfurt : Suhrkamp 2. Aufl. 1967.
- BIERMANN, G. : Die Bedeutung des Malens für die Diagnostik und Therapie der Enkopresis. Prax.Kinderpsychol. 9, 1960, S. 33 - 47.
- BIERMANN, G. : Psychosomatische Krankheitsbilder im Jugendalter. Prax.Kinderpsychol. 10, 1961, S. 207 - 217.
- BIERMANN, G. : Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie in der kinderärztlichen Praxis. Zschr.Kinderheilk. 87, 1962¹, S. 328 - 347.
- BIERMANN, G. : Die Familien-Neurose in ihrer Projektion im Familien-Zeichentest. Psyche 16, 1962², S. 127 - 141.
- BIERMANN, G. : Vom Umgang mit den Eltern verhaltensgestörter Kinder. Mschr.Kinderheilk. 112, 1964¹, S. 214 - 215.
- BIERMANN, G. : Die Familienneurose, ihre Diagnose und Therapie. Heilkunst 77, 1964², S. 159 - 164.
- BIERMANN, G. : Gruppentherapie bei verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen und deren Eltern. Prax.Kinderpsychol. 13, 1964³, S. 40.
- BIERMANN, G. : Kind und Krankenhaus. Prax.Kinderpsychol. 14, 1965¹, S. 282 - 297.
- BIERMANN, G. : Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Mschr.Kinderheilk. 113, 1965², S. 203 - 208.
- BIERMANN, G. : Biographische Anamnese, Beratungssituation des verhaltensgestörten Kindes. In : OPITZ, H. / SCHMID, F. : Hdb. Kinderheilkunde, Bd. II, 1. Berlin, Heidelberg, New York : Springer 1966.
- BIERMANN, G. : Die Rolle der Mutter in der Erziehungsberatung und Psychotherapie des Kindes. Prax.Kinderpsychol. 16, 1967, S. 249 - 254 u. S. 295 - 298.

- BIERMANN, G. : Katamnesenprobleme in der Kinderpsychotherapie. Pädiatrie und Pädologie 4, 1968¹, S. 233 - 244.
- BIERMANN, G. : Psychotherapie im Kindesalter. In : OPITZ, H. / SCHMID, F. : Hdb. Kinderheilkunde, Bd. VIII, 1 Berlin, Heidelberg, New York : Springer 1968².
- BIERMANN, G. : Psychosomatik des Asthma bronchiale im Kindesalter. Prax. Kinderpsychol. 18, 1969¹, S. 33 - 49.
- BIERMANN, G. : Handbuch der Kinderpsychotherapie. München : Reinhardt 1969².
- BIXLER, R.H. : Limits are Therapy. J. Consult. Psychol. 13, 1949, S. 1 - 11.
- BLÖSCHL, L. : Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie. Bern, Stuttgart : Huber 1969.
- BOEHM, A.,
HAFFTER, C. : Tests in der Kinderpsychiatrie und Erziehungsberatung. In : SCHRAML, W. : Klinische Psychologie. Bern, Stuttgart : Huber 1969.
- BOEKE, P.E. : Opmerkingen over psychotherapie in de puberteit. Capita Selecta uit de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Zeist : de Haan 1963.
- BOENHEIM, C. : Gruppenpsychotherapie bei Jugendlichen. Prax. Kinderpsychol. 6, 1957, S. 21 - 24.
- BONDY, C. : Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test für Kinder. Bern, Stuttgart : Huber 1956.
- BORNEMANN, E. : Erziehungsberatung als Lebenshilfe. In : PROHASKA : Die zwischenmenschliche Erziehung und ihre Formen. Wien : Österr. Bundesverlag 1958.
- BORNEMANN, E. : Erziehungsberatung. München : Reinhardt 1963.
- BOWLBY, J. : Über das Wesen der Mutter-Kind-Beziehung. Psyche 13, 1959, S. 415 - 456.
- BRACKEN, H.v. : Erziehung und Unterricht behinderter Kinder. Frankfurt : Akadem. Verl. Ges. 1968.

- BRADY, J.P. : Psychotherapy, Learning, Theory and Insight. Arch.Gen.Psychiat. 16, 3, 1967, S. 304 - 311.
- BROCHER, TH. : Eine kleine Elternschule. Stuttgart : Klett 1962.
- BRUCH, H. : Über die psychologischen Aspekte der Fettleibigkeit. Med.Klinik 55, 1960, S. 295 - 300.
- BRUCH, H. : The Treatment of Obesity. In : SHIRKEY, H.S. : Pediatric Therapy. Washington : Mosby 1964.
- BRUCH, H. : Psychotherapeutische Aspekte der Fettsucht im Kindesalter. In : BIERMANN, G. : Hdb.Kinderpsychotherapie. München : Reinhardt 1969.
- BUCKLE, D. ,
LEBOVICI, S. : Leitfaden der Erziehungsberatung. Göttingen : Verl.f.med.Psychol. 1958.
- BÜHLER, CH.,
HETZER, H. : Kleinkindertests. München : Barth 3. Aufl. 1961.
- BÜHLER, K. : Abriß der geistigen Entwicklung des Kleinkindes. Heidelberg : Quelle & Meyer 8. Aufl. 1958.
- BURLINGHAM, D. : Child Analysis and the Mother. Psychoanal.Quaterl. 4, 1935, S. 69 - 92.
- BURLINGHAM, D.,
GOLDBERGER, A.,
LUSSIER, A. : Simultaneous Analysis of Mother and Child. The Psychoanal. Study of the Child 10, 1955, S. 165 - 186.
- CARTWRIGHT, D.,
ZANDER, A. : Group Dynamics. New York : Row Peterson Comp. 1960.
- CORREL, W. : Pädagogische Verhaltenspsychologie. München, Basel : Reinhardt 1965.
- CREMERIUS, J. : Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. Berlin, Göttingen, Heidelberg : Springer 1962.
- CZERNY, A., : Der Arzt als Erzieher des Kindes. Wien : Deuticke 1955.

- DESPERT, J.L. : Play Analysis in Research and Therapy. In : LEWIS / PACELLA : Modern Trends in Child Psychiatry. New York : Int. University Press 1945, S. 210 - 254.
- DIATKINE, T. : The Place of Psychodrama in Group Psychotherapy. Ber. II. Int. Kongr. Gruppenpsychoth. Zürich 1957, Teil 1, S. 119. Basel : 1959.
- DIESING, U. : Über die Indikationen des autogenen Trainings bei Schulversagern. Prax. Psychoth. 4, 1959, S. 158 - 166.
- DIESING, U. : Über die Indikationen des autogenen Trainings bei Enuretikern. Prax. Psychoth. 9, 1964, S. 68 - 76.
- DIX, W. : Brauchen wir Elternschulen ? In : Zehn Jahre Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht, 1915 - 1925. Berlin 1925.
- DOLLARD, J.,
MILLER, H.E. : Personality and Psychotherapy. New York : Mc Graw-Hill 1950.
- DOLTO-MARETTE, F. : Psychoanalytische Behandlung mit der "Blumenpuppe". Prax. Kinderpsychol. 7, 1958, S. 40 - 50 u. S. 93 - 99.
- DOLTO-MARETTE, F. : Über Kinderpsychotherapie. Prax. Kinderpsychol. 10, 1961, S. 43 - 51.
- DORFMAN, E. : Play Therapy. In : ROGERS, C.R. : Client-centered Therapy. Boston : Houghton Mifflin 1951.
- DREIKURS, R. : Psychotherapy through Child Guidance. In : The Nervous Child 8, 1949, S. 311 - 328.
- DREIKURS, R. : The Dynamics of Music Therapy. Music Therapy 15. Kansas : Allen Press 1954.
- DREIKURS, R. : Musiktherapie mit psychotischen Kindern. In : TEIRICH, H.R. : Musik in der Medizin. Stuttgart : Fischer 1958.
- DREIKURS, R.,
CROCKER, D.E. : Music Therapy with Psychotic Children. Music Therapy 62. Kansas : Allen Press 1956.
- DREYER, J.,
FRÖHLICH, W.D. : DTV-Wörterbuch zur Psychologie. München : Deutscher Taschenbuch Verlag 3. Aufl. 1970.

- DÜHRSEN, A. : Beratung und Behandlung in Ärztlicher, analytisch-therapeutischer Sicht. Psyche 8, 1955, S. 678 - 687.
- DÜHRSEN, A. : Psychologische Deutungen als therapeutische Hilfsmittel in der Kinderanalyse. Schweiz.Zschr.Psychol. 15, 1956, S. 278 - 299.
- DÜHRSEN, A. : Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. Zschr. psychosom.Med. 3, 1957, S. 201 - 210.
- DÜHRSEN, A. : Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen : Verl. f.med.Psychol. 1965.
- DÜHRSEN, A. : Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen : Verl.f.med. Psychol. 4. Aufl. 1971.
- DÜHRSEN, A. : Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen. Göttingen : Verl.f.med.Psychol. 1972.
- DÜSS, L. : Fabelmethode. Wien : Verlag Institut für Psychohygiene 1956.
- EISSLER, K.R. : Notes on Problems of Techniquw in the Psychoanalytic Treatment of Adolescents. The Psychoanal. Study of the Child 13, 1958, S. 223 - 254.
- EKSTEIN, R. : Special Training Problems in Psychotherapeutic Work with Psychotic and Borderline Children. J.Amer.J.Orthopsychiat. 32, 1962, S. 569 - 583.
- ELSCHENBROICH, G. : Spiel-Atemtherapie bei sprachgehemmten Kindern. Mschr.Kinderheilk, 113, 1965, S. 232 - 233.
- ENKE, H. : Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der stationären Psychotherapie. Zschr.Psychoth.med.Psychol. 15, 1965, S. 116 - 121.
- EPPEL, H. : Die Identifizierung in der Kinderpsychotherapie. In : BIERMANN, G. : Hdb. Kinderpsychotherapie. München : Reinhardt. 1969.
- ERIKSON, E.H. : Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart : Klett 3. Aufl. 1969.

- EYSENCK, H.J. : Psychotherapy of Behavior Therapy. Indian Psychol. Review, 1964, S. 33 - 41.
- EYSENCK, H.J. : Neue Wege der Psychotherapie. In: MEY : Bericht über den 25. Kongreß der Dt.Ges.f.Psychol. . Münster : 1966.
- FLECK, L. : Die Pubertätsmagersucht des jungen Mädchens und ihre Behandlung. In : BIERMANN, G. : Hdb.Kinderpsychotherapie. München : Reinhardt 1969.
- FLORIN, I.,
TUNNER, W.,
MANDEL, H. : Verhaltenstherapeutische Methoden der Erziehungshilfe. Zschr.Entwicklungspsychol.Päd.Psychol. 1, 1969, S. 261 - 267.
- FLORIN, I.,
TUNNER, W. : Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen. München : Goldmann 4. Aufl. 1972.
- FORDHAM, M. : Vom Seelenleben des Kindes. Zürich : Rascher 1953.
- FRAHM, H. : Ergebnisse einer systematisch durchgeführten, somatisch orientierten Behandlungsform bei Kranken mit Anorexia nervosa. In : MEYER, J.E. / FEILDMANN, H. : Anorexia nervosa. Stuttgart : Thieme 1965.
- FRANK, K.L. : Projective Methods. Springfield : Charles & Thomas 1948.
- FRANKL, L. : Die Bedeutung des klinischen Interviews für die Diagnosenstellung in der Kinderpsychiatrie. Schweiz.Zschr. Psychol. 15, 1956, S. 300 - 312.
- FRANKL, L. : Die Hampstead Child Therapy Clinic, eine psychoanalytische Kinderklinik. In : FEDERN / MENG : Psychoanalyse und Alltag. Bern, Stuttgart : Huber 5. Aufl. 1964.
- FRANKL, V.E.,
GEBSATTEL, V.E. v.,
SCHULTZ, J.H. : Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München, Berlin : Urban & Schwarzenberg 1959.
- FRANKS, C.M. : Behavior Therapy. Appraisal and Status. New York : Mc Graw-Hill 1969.

- FREI, E. : Die Elternschule. Winterthur : 1942.
- FREUD, A. : Indikationen zur Kinderanalyse. London : Imago 1948.
- FREUD, A. : Psychoanalysis and Education. The Psychoanal. Study of the Child 9, 1954, S. 9 - 15.
- FREUD, A. : The Child Guidande Clinic as a Center of Prophylaxis and Enlightenment. In : WEINREB, J. : Recent Developments in Psychoanalytic Child Therapy. New York : Int.Univ. Press 1960.
- FREUD, A. : Einführung in die Technik der Kinderanalyse. München, Basel : Reinhardt 4. Aufl. 1966.
- FREUD, A. : Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Stuttgart : Klett 1968.
- FREUD, S. : Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1933). Ges. Werke, Bd. XV. Frankfurt : Fischer 1965.
- FREUD, S. : Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben (1909). Ges. Werke, Bd. VII. Frankfurt : Fischer 1965.
- FREUD, S. : Die Frage der Laienanalyse (1926). Ges. Werke, Bd. XIV. Frankfurt : Fischer 1965.
- FREUND, H. : Psychopathology and the Problems of Stuttering. Springfield : Charles & Thomas 1966.
- FRIEDEMANN, A. : Deutungsfreie Kinderanalyse. Vorträge der 5. Lindauer Psychotherapiwoche. Stuttgart : Thieme 1954.
- FRIEDEMANN, A. : Gruppentherapie und Gruppendiagnostik an Kindern. In : HILTMANN / WEWETZER / TEIRICH : Gruppenpsychotherapie. Bern, Stuttgart : Huber 1957.
- FRIEDEMANN, A. : Gruppenpsychotherapie. In : FRANKL / GEBSATTEL / SCHULTZ : Hdb.Neurolenlehre u. Psychotherapie, Bd. IV. München, Berlin : Urban & Schwarzenberg 1959.
- FRIEDEMANN, A. : Gruppendiagnostik - Gruppentherapie. In : VILLINGER, W. / STUTTE, H. : Jahrbuch für Jugendpsychiatrie, Bd. II, Bern, Stuttgart : Huber 1960.

- FRIEDEMANN, A. : Hypnose bei Kindern und Jugendlichen. Prax.Psychoth. 6, 1961, S. 213 - 214.
- FRIEDLANDER, K. : Latent Delinquency and Ego Development. In : EISSLER, K.R. : Searchlights in Delinquency. New York : Int. Univ. Press 1948.
- FRIJLING-SCHREUDER, E.C.M. : Übertragung und Gegenübertragung in der psychoanalytischen Kindertherapie. Psyche 21, 1967, S. 16 - 30.
- FRÖHLICH, W.D. : s. DREVER / FRÖHLICH : Wörterbuch zur Psychologie. Deutsch. Taschenbuch Verlag 3. Aufl. 1970.
- FROMM-REICHMANN, F. : Intensive Psychotherapie. Stuttgart : Hippokrates 1959.
- FUCHS, M. : Über Atemtherapie und entspannende Körperarbeit als Unterstützung der Behandlung vegetativer Störungen. Psyche 3, 1949, S. 538 - 548.
- FURMAN, E. : Treatment of Under-fives by Way of Parents. The Psychoanal. Study of the Child, 12, 1957, S. 250 - 262.
- GELEERD, E. : Some Aspects of Psychoanalytic Technique in Adolescents. The Psychoanal. Study of the Child 12, 1957, S. 263 - 283.
- GELFAND, D.M., : Behavior Therapy with Children. A Review and Evaluation of Research. Methodol.Psych.Bull. 69, 3, 1968, S. 204 - 215.
- GESSLEIN, L. : Bewegungstherapie. Mitteilungs-Blätter d. Stuttgarter Gemeinschaft Arzt und Seelsorger 3, 1963.
- GINOTT, H.G. : Gruppenpsychotherapie mit Kindern. Theorie und Praxis der Spieltherapie. Sozialpäd. Reihe, Bd. 2, Weinheim : Beltz 1966.
- GLICK, B.S. : Conditioning Therapy by an Analytic Therapist. Arch.Gen.Psychiat. 17, 5, 1967, S. 577 - 583.
- GÖRRES, A. : Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Prax.Psychoth. 14, 1969, S. 184 - 194.
- GOTTWALD, P. : Grundlagen und therapeutische Anwendung des Lernen am Erfolg. Prax.Psychoth. 14, 1969, S. 122 - 136.

- GOTTWALD, P. : Verhaltenstherapie. Grundlagen, Ergebnisse, aktuelle Aufgaben. Beitrag zur Tagung der Dt.Psychoth.u.Sozial-med.Ges. : "Gruppe, Gesellschaft und Individuum" im Feld der Psychotherapie. Hamburg : 1970.
- GREENACRE, PH. : Trauma, Growth and Personality. London : Hogarth 1953.
- GREENSON, R.R. : The Technique and Practice of Psychoanalysis, Vol. I. New York : Int. Univ. Press 1967.
- GRINBERG, L.,
LANGER, L.,
RODIRIGUE, E. : Psychoanalytische Gruppentherapie. Stuttgart : Klett 1960.
- GROTJAHN, M. : Psychoanalysis and Family-Neurosis. New York : Norton 1960.
- HAFFTER, D.,
GSCHWIND-GASS, R. : Das Verhalten der Eltern während der Psychotherapie mit dem Kind. Prax. Kinderpsychol. 6, 1957, S. 249 - 254.
- HAMILTON, G. : Psychotherapy in Child Guidance. New York : Columbia Univ. Press 1947.
- HAMMER, E.F. : The Clinical Application of Projective Drawings. Springfield : Charles & Thomas 1958.
- HARBAUER, H.,
LEMP, R.,
NISSEN, G.,
STRUNK, P. : Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York : Springer 1971.
- HART DE RUYTER, TH. : Bemerkungen zum Problem der Psychotherapie bei Ich-schwachen Jugendlichen. ActaPaedopsych. 25, 1958, S. 52 - 62.
- HART DE RUYTER, TH. : Zur Psychotherapie der Dissozialität im Jugendalter. In : STUTTE / VILLINGER : Jahrbuch für Jugendpsychiatrie, Bd. VI. Bern, Stuttgart : Huber 1967.
- HARTMANN, K. : Spielaspekte des Jugendkramalls. Zschr. Psychoth.med.Psychol. 8, 1955, S. 159 - 170.
- HASEMANN, K. : Verhaltensbeobachtung und Verhaltensbeurteilung in der psychologischen Diagnostik. Göttingen : Hogrefe 1964.

- HAU, TH.F. : Psychosomatische und psychotherapeutische Gesichtspunkte bei Schlafstörungen. Zschr. psychosom. Med. 13, 1967, S. 190 - 195.
- HAWORTH, M.R. : Child Psychotherapy. New York, London : Basic Books 1964.
- HEIGL, F. : Die analytische Gruppenpsychotherapie im Heim : Indikation und Prognose. Prax. Kinderpsychol. 12, 1963, S. 115 - 122.
- HEIGL, F. : Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 1972.
- HEISS, R. : Handbuch der Psychologie, Bd. 6 : Psychol. Diagnostik. Göttingen : Hogrefe 1966.
- HENNINGSSEN, H. : Die Entwicklung der analytischen Kinderpsychotherapie. Psyche 18, 1964, S. 59 - 80.
- HERZOG, E. : Zur Methode der psychotherapeutischen Kinderbehandlung. Tätigkeitsbericht der Psychosomatischen Beratungsstelle für Kinder bei der Univ.-Kinderklinik München. München : Selbstverlag 1956.
- HEYDT-GUTSCHER, D. : Psychotherapie einer Magersüchtigen. Zschr. psychosom. Med. 6, 1960, S. 77 - 90 u. S. 185 - 201.
- HEYMANN, K. : Therapeutische Erziehung. Psychol. Praxis, Heft 13. Basel : Karger 1953.
- HILTMANN, H. : Kompendium der psychodiagnostischen Tests. Bern, Stuttgart : Huber 2. Aufl. 1967.
- HILTMANN, H.,
CLAUSER, G. : Psychodiagnostik und aktiv-analytische Psychotherapie Jugendlicher, dargestellt an der Pubertätsmagersucht. Prax. Psychoth. 6, 1961, S. 169 - 178.
- HICKLEY, R.G.,
HERMANN, L. : Gruppenbehandlung in der Psychotherapie. Zürich : Rascher 1954.
- HÖHN, E. : Spielerische Gestaltungsverfahren : Der Welt-Test. In : HEISS, R. : Psychol. Diagnostik, Bd. 6 d. Hdb. d. Psychologie. Göttingen : Hogrefe 1966.

- HÖHN, E.,
SCHICK, C.P. : Das Soziogramm. Stuttgart : Wolf
1954.
- HÖRMANN, H. : Aussagemöglichkeiten psychologischer
Diagnostik. Göttingen : Hogrefe 1964.
- HOFF, H.,
RINGEL, E. : Aktuelle Probleme der psychosomati-
schen Medizin. München : Jolis-
Lenz 1964.
- HOFF, H.,
STROTZKA, H. : Psychotherapie bei der Epilepsie. In :
FRANKL / GEBSATTEL / SCHULTZ : Hdb.
Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd.
IV. München, Berlin : Urban & Schwar-
zenberg 1959.
- HOTSTÄTTER, P. : Gruppendynamik. Hamburg : Rowohlt 1957.
- HOLLAND, J.G.,
SKINNER, B.F. : Analyse des Verhaltens. München, Berlin,
Wien : Urban & Schwarzenberg 1971.
- HOOD-WILLIAMS, J. : The Results of Psychotherapy with
Children. A Revaluation. J.Cons.Psychol.
24, 1960, S. 84 - 88.
- HOPMANN, W. : Zur Frage der Indikation der Heimunter-
bringung erziehungsschwieriger Kinder
und Jugendlicher. Prax.Kinderpsychol.
7, 1958, S. 278 - 284.
- HÜNNEKENS, H. : Besonderheiten der Psychotherapie Pu-
bertierender. Prax.Psychoth. 11, 1966,
S. 136 - 147.
- HÜNNEKENS, H. : Der Umgang mit Kindern in der psycho-
therapeutischen Sprechstunde. Prax.
Psychoth. 15, 1970, S. 81 - 88.
- HUG-HELLMUTH, H. v. : Zur Technik der Kinderanalyse. Int.
Zschr.ärztl.Psychoanal. 1, 1913, S.470.
- JACKSON, E. : Treatment of the Young Children in Hos-
pital. Amer.J.Orthopsychiat. 12, 1942,
S. 56.
- JACOBS, L. : Methods used in Education of Mothers.
The Psychoanal. Study of the Child 4,
1949, S. 409 - 422.
- JACOBSON, E. : Progressive Relaxation. Chicago :
Univ. of Chicago Press 1948.

- JESSNER, L.,
LAMONT, J.H.
et al. : Emotional Impact of Nearness and Separation for the Asthmatic Child and his Mother. The Psychoanal. Study of the Child 10, 1955, S. 353 - 375.
- JORES, A. : Magie und Zauber in der modernen Medizin. Dtsch.med.Wochenschr. 80, 1955, S. 915 - 920.
- JUNG, C.G. : Psychologie und Erziehung. Zürich : Rascher 1946.
- KALFF, D.M. : Sandspiel, seine therapeutische Wirkung auf die Psyche. Zürich : Rascher 1966.
- KALISH, H.J. : Behavior Therapy. In : WOLMAN, B.B. : Handb. of Clinical Psychology. S. 1230 - 1253. New York : Mc Graw-Hill 1965.
- KANFER, F.H.,
PHILLIPS, J.S. : A Survey of Current Behavior Therapies and a Proposal for Classification. In : FRANKS, C.M. : Behavior Therapy, S. 445 - 475. New York : Mc Graw-Hill 1969.
- KAUFMANN, L. : Zum Problem der Katmanesen nach psychotherapeutischen Behandlungen. Nervenarzt 35, 1964, S. 436.
- KARDINER, A. : The Individual and his Society (1939). New York, London : Columbia Univ. Press 7. Aufl. 1961.
- KEMMLER, L. : Die Anamnese in der Erziehungsberatung. Bern, Stuttgart : Huber 1965.
- KEMPER, W. : Dtsch. Hrsg. von : GRINBERG / LANGER / RODRIGUE : Psychoanalytische Gruppentherapie. Stuttgart : Klett 1960.
- KEMPER, W. : Bettlässerleiden. München, Basel : Reinhardt 2. Aufl. 1969.
- KLEIN, M. : Personification in the Play of Children. Int.Zschr.Psychoanal. 10, 1929, S. 193 - 204.
- KLEIN, M. : Die Psychoanalyse des Kindes. München, Basel : Reinhardt 2. Aufl. 1971.
- KLEIN, M. : Das Seelenleben des Kleinkindes u.a. Beiträge. Reinbek : Rowohlt 1972.
- KOHLHAUSEN, K. : Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung. Dtsch.Ärzteblatt, 1967, S. 2732 - 2738.

- KOPPITZ, E. : Die Menschendarstellung in Kinderzeichnungen und ihre psychologische Auswertung. Stuttgart : Hippokrates 1972.
- KRAMER, E. : Art Therapy in a Children's Community. Springfield : Charles & Thomas 1958.
- KRAMER, E.: Art Therapy and the Severely Disturbed Gifted Child. Bull.Art Ther. 5, 1965, S. 3.
- KRASNER, L. : Reinforcement, Verbal Behavior and Psychotherapy. Amer.J. Orthopsychiat. 33, 1963, S. 601 - 613.
- KRETSCHMER, E. : Psychotherapeutische Studien. Stuttgart : Thieme 1949.
- KREVELEN, A. v. : Probleme der Übertragung in der Psychotherapie des Kindes. Acta psychoth. Suppl. 3 . Basel : Karger 1955.
- KÜNKEL, F. : Grundzüge der praktischen Seelenheilkunde. Stuttgart : Hippokrates 1939.
- KÜNKEL, F. : Die Arbeit am Charakter (1932). Konstanz : Bahn 1954.
- KUHLEN, V. : Verhaltenstherapie im Kindesalter. München : Juventa 2. Aufl. 1973.
- KURTH, W. : Hypnose und autogenes Training bei Kindern und Jugendlichen. Ärztl.Prax. 15, 1963, S. 729.
- LANGEN, D. : Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie. Stuttgart : Thieme 1956.
- LANGEN, D. : Indikation und Prognose in der klinischen Psychotherapie. Zschr.psychosomat.Med. 12, 1966, S. 128 - 131.
- LANGEN, D. : Die Psychotherapie der Pubertätskrisen unter dem Blickwinkel ihrer Weiterentwicklung. Sonderdruck Die Med. Welt. Stuttgart : 1965.
- LANGEN, D. : Psychotherapie bei Jugendlichen. Sonderdruck Ärzteblatt Rhld.-Pfalz. Mainz : 1967.
- LANGEN, D. : Psychotherapie. Kompendium für Studierende und Ärzte. Stuttgart : Thieme / Dtsch. Taschenbuch Verl. 2. Aufl. 1971.

- LANGEN, D.,
STOLZE, H. : Die Pubertät als kritisches Stadium.
München : Lehmann 1966.
- LANGEN, D.,
VEIT, H. : Katamnese nach stationärer Psycho-
therapie. Zschr.Psychoth. 4, 1954,
S. 281 - 296.
- LEBER, A. : Das psychotherapeutische Heim. In :
BREM : Pädagogische Psychologie der
Bildungsinstitutionen, Bd. 1. Mün-
chen : Reinhardt 1968.
- LIEBO, D. : Age and Suitability for Non-Direc-
tive Therapy. J.Genet.Psychol. 89,
1956, S. 231.
- LEBOVICI, S. : Die Gegenübertragung in der Kinder-
analyse. Psyche 5, 1952, S. 680 - 687.
- LEBOVICI, S. : Der Platz der Psychoanalyse in der
Psychotherapie des Kindes. Prax.
Kinderpsychol. 6, 1957, S. 38 - 41.
- LEBOVICI, S.,
DIATKINE, R.,
DANON-BOILEAU, H. : Das Psychodrama und die Behandlung von
Psychosen. Zschr.psychosom.Med. 3,
1957, S. 220.
- LEBOVICI, S.,
DIATKINE, R.,
KESTENBERG, E. : Bilan de dix ans de psychodrama chez
l'enfant et l'adolescent. In : Psy-
chiatry de l'enfant. Paris : Presses
Univ. 1959.
- LEUNER, H. : Experimentelles kathartisches Bilderle-
ben als ein klinisches Verfahren der
Psychotherapie. Zschr.Psychoth.med.
Psychol. 5, 1955, S. 185 - 203 u.
S. 233 - 260.
- LEUTZ, G.A. : Die Soziometrie in ihrer Beziehung
zum Psychodrama. Ber. II. Int. Kongr.
Gruppenpsychother. Zürich 1957, Teil
2, S. 225. Basel : Karger 1959.
- LEVITT, E.E. : Results in Psychotherapy with Chil-
dren. An Evaluation. J.Consult.Psy-
chol. 21, 1957, S. 189 - 196.
- LEVITT, E.E. : Psychotherapy with Children. A Further
Evaluation.Behav.Res.Ther., Vol. 1,
1963, S. 45 - 51.
- LEVY, K. : Simultaneous Analysis of a Mother and
her Adolescent Daughter. The Psycho-
anal. Study of the Child 15, 1960, S.
378 - 391.
- LEWIN, K. : Die Lösung sozialer Konflikte. Bad
Nauheim : Christian 1953.

- LOWENFELD, M. : Einige Grundzüge einer Kinderpsychotherapie. Psyche 7, 1953, S. 208 - 216.
- LOWENFELD, M. : The World Technique. Topic Probl. Psychoth. 3, 1960, S. 248.
- MAEDER, A. : Studien über Kurztherapie. Stuttgart : Klett 1963.
- MALAN, D.H. : Zur Methodik der Beurteilung von Behandlungsergebnissen in der Psychotherapie. Psyche 15, 1961, S. 331 - 362.
- MALAN, D. : Psychoanalytische Kurztherapie. Bern, Stuttgart : Huber 1965.
- MALINOWSKI, B. : Geschlecht und Verdrängung in primitiven Gesellschaften. Hamburg : Rowohlt 1962.
- MEAD, M. : Mann und Weib. Das Verhältnis der Geschlechter in einer sich wandelnden Welt. Hamburg : Rowohlt 1958.
- MENG, H. : Zwang und Freiheit in der Erziehung (1945). Bern, Stuttgart : Huber 3. Aufl. 1961.
- MENG, H. : Psychoanalytische Pädagogik und Kinderanalyse. In : FEDERN / MENG : Psychoanalyse und Alltag. Bern, Stuttgart : Huber 1964.
- MERIAN, D. : Phantasiegeschichten in der Kindertherapie. Psyche 16, 1962, S. 111 - 126.
- MEYER, H.H. : Das Weltspiel. Schweiz.Zschr.Psychol. Anwend., Suppl. No. 32, 1957, S. 1 - 43.
- MEYER, J.E. : Zur Klinik der Reifungskrisen. In : LANGEN, D. / STOLZE, H. : Die Pubertät als kritisches Stadium. München : Lehmann 1966.
- MEYER, J.E. : Katamnestiche Untersuchungen an jugendlichen Fortläufern. Zschr. Psychoth.med.Psychol. 12, 1962, S. 49 - 58.

- MEYER, J.E.,
FELDMANN, H. : Anorexia nervosa. Stuttgart : Klett
1965.
- MORENO, J.L. : Psychodrama. New York : Beacon House
1946.
- MORENO, J.L. : Die Grundlagen der Soziometrie. Wege
zur Neuordnung der Gesellschaft.
Köln : Westdeutsch. Verl. 1954.
- MORENO, J.L. : Gruppenpsychotherapie und Psychodrama.
Stuttgart : Thieme 1959.
- MOSSE, K. : Über Suggestion und suggestive The-
rapie im Kindesalter. Zschr.Kinder-
forsch. 27, 1922, S. 55.
- MOSSE, K. : Über die Hypnose beim Kinde. Dtsch.
med.Wochenschr. 50, 1924, S. 835 -
838.
- MOWRER, O.H. : Learning Theory and Behavior. New
York, London : Wiley 1960.
- MOWRER, O.H. : The New Group Therapy. Princeton :
D. van Nostrand 1964.
- NAPOLI, P.J. : Fingerpainting and Personality Diag-
nosis. Genet.Psychol.Monogr. 34, 1946,
S. 129 - 230.
- NAVE-HERZ, R. : Die Elternschule. Entwicklung und
Stand im Rahmen der institutionalisierten
Elternerziehung in Westdeutsch-
land und Berlin. Berlin : Luchter-
hand 1964.
- NEUMANN, U.,
SCHIRMER, W. : Kinder und Eltern brauchen Hilfe.
Beiträge aus der psychagogischen
Praxis. Göttingen : Verl.f.med.Psychol.
1964.
- PACHE, D. : Fürsorge für Anfallskinder.Mschr.
Kinderheilk, 109, 1961, S. 267 -
271.
- PEKIVY, L. : Fingermalen als diagnostisches und
therapeutisches Hilfsmittel in der
Heilpädagogik. Luzern : Heilpädago-
gisches Institut 1963.
- PELTZ, H.D. : Erfahrungen über eine fünfjährige psy-
chotherapeutische Tätigkeit im Heim.
Prax.Kinderpsychol. 14, 1965, S. 245 -
259.

- PELTZ, H.D. : Gestalt und Aufgaben einer psychosomatischen Abteilung an einer Kinderklinik. Prax.Kinderpsychol. 15, 1966, S. 55 - 58.
- PETERS, U.H. : Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München, Berlin, Wien : Urban & Schwarzenberg 1971.
- PETRY, F. : Zur "kleinen" Psychotherapie bei Einschlafstörungen. Dtsch.med.Wochenschr. 80, 1955, S. 1094 - 1096.
- PFISTER, O. : Die psychoanalytische Methode. Leipzig : Klinkhardt 1913.
- PHILLIPS, E.L. : Parent-Child Psychotherapy. A Follow-up Study comparing Two Techniques. J.Psychol. 49, 1960, S. 195 - 202.
- PIAGET, J. : The Construction of Reality in the Child. New York : Basic Books 1954.
- PLANK, E.N. : Working with Children in Hospitals. London : Tavistock 1964.
- POTOTSKY, C. : Über Suggestion und Suggestionsbehandlung im Kindesalter. Dtsch.med.Wochenschr. 50, 1924, S. 838 - 841.
- PREUSS, H.G. : Analytische Gruppenpsychotherapie. München, Berlin, Wien : Urban & Schwarzenberg 1966.
- PREYER, W. : Die Seele des Kindes. Leipzig : Griebens 9. Aufl. 1923.
- RACHMAN, S. : Therapie durch Verhaltensänderung. Zschr.Psychoth. 14, 1964, S. 3 ÷ 13.
- RACHMAN, S. : The Current Status of Behavior Therapy. Arch.Gen.Psychol. 13, 1965, S. 418 - 423.
- RAMBERT, M. : Das Puppenspiel in der Kinderpsychotherapie. München, Basel : Reinhardt 1969.
- RANK, B. : Where Child Analysis stands today. Amer.Imago 3, 1942, S. 41 - 60.
- REESE, H.W.,
LIPSITT, L.P. : Experimental Child Psychology, Kap. 19 : Behavior Modification : Clinical and Educational Application. New York, London : Academic Press 1970.

- RENGROVE, E. : Behavior Therapy. Psychoanal.Rev. 53, 2, 1966, S. 129 - 134.
- RICHTER, H.E. : Eltern, Kind, Neurose. Stuttgart : Klett 2. Aufl. 1967.
- RÖCKER, D. : Diagnostik von Lernstörungen. Prax. Psychoth. 16, 1971, S. 275 - 282.
- ROGERS, C.R. : Counseling and Psychotherapy. Boston : Houghton Mifflin 1942.
- ROGERS, C.R.,
DYMAND, R.F. : Psychotherapy and Personality Change. Chicago : University of Chicago Press 1954.
- ROGERSON, C.H. : Play Therapy in Childhood. New York : Oxford University Press 1939.
- ROSTAS, I. : Casework Treatment of Mothers in Be- half of their Children. Social Case- work 41, 2, 1960, S. 69 - 76.
- RUDERT, R.,
STEIN, R. : Erziehungsberatung. In : HETZER, H. : Pädagogische Psychologie. Hdb.Psycholo- gie, Bd. 10. Göttingen : Hogrefe 1959.
- RUFFLER, G. : Kriterien für die Beendigung der psy- choanalytischen Behandlung. Psyche 12, 1958, S. 88 - 123 u. S. 211 - 232.
- RUSSO, S. : Adaptations in Behavioral Therapy with Children. Behav.Res.Ther. 2, 1964, S. 43 - 47.
- SÄNGER, A. : Spieltherapie. Prax.Kinderpsychol. 2, 1953, S. 92 - 98.
- SAGER, C.J.,
KAPLAN, H.S. : Progress in Group and Family Therapy. New York, London : Brunner, Mazel & Butterworth 1972.
- SAGI, A. : Das körperbehinderte Kind. Freiburg : Lambertus 1966.
- SCHAUER, E. : Die Anwendung psychotherapeutischer Erfahrungen im Erziehungsheim für schwer-erziehbare Jugendliche. Prax. Kinderpsychol. 8, 1959, S. 172 - 180.
- SCHICK, C.P. : Das Soziogramm. Stuttgart : Testver- lag S. Wolf 1954.

- SCHINDLER, R. : Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. Psyche 11, 1957, S. 308 - 314.
- SCHINDLER, R. : Der Gruppentherapeut und seine Position in der Gruppe. Prax.Psychoth. 6, 1961, S. 1 - 8.
- SCHINDLER, R. : Familientherapie in offener Gruppe im Rahmen einer Angehörigenberatungsstelle. In : The International Handbook of Group-Psychotherapy. New York : Philosophica Library 1966.
- SCHINDLER, W. : Zum Anwendungsbereich der analytischen Gruppenpsychotherapie. Zschr.Psychoth. med.Psychol. 10, 1960, S. 183 - 191.
- SCHMEER, G.,
KLÜVER, K. : Vorschlag eines Anamnesenschemas zur praktischen und wissenschaftlichen Beurteilung von Kinderneurosen. Prax. Kinderpsychol. 4, 1955, S. 193 - 201.
- SCHMIDEBERG, M. : The Psychoanalysis of Asocial Children and Adolescents. Int.J.Psychoanal. 16, 1932, S. 22 - 48.
- SCHMIDT, V. : Psychoanalytische Erziehung in Sowjetrußland. Wien : Int. Psychoanalytischer Verlag 1924.
- SCHNEIDER, E. : Kinderfehler, Entstehung und Behandlung. In : FEDERN / MENG : Das psychoanalytische Volksbuch. Stuttgart, Berlin : Hippokrates 1926.
- SCHRAML, W. : Methodische Schwierigkeiten der stationären Kinderpsychotherapie. Prax. Kinderpsychol. 2, 1953, S. 38 - 45.
- SCHRAML, W. : Die psychagogischen Methoden. Zschr. diagnost.Psychol.Persönlichkeitsforsch. 6, 1958, S. 304 - 312.
- SCHRAML, W. : Der Umgang mit den Eltern. Prax. Psychoth. 6, 1961, S. 150 - 155.
- SCHRAML, W. : Differenzierende Merkmale des Beratungs- und Behandlungsgespräches. Psychol.u.Praxis 6, 1962, S. 62 - 67.
- SCHRAML, W. : Abriß der klinischen Psychologie. Stuttgart, Berlin : Kohlhammer 1969¹.
- SCHRAML, W. : Klinische Psychologie. Bern, Stuttgart : Huber 1969².

- SCHRAML, W.,
SELG, H. : Verhaltenstherapie und Psychoanalyse.
Psyche 20, 1966, S. 529 - 546.
- SCHULTZ, J.H. : Die seelische Krankenbehandlung
(Psychotherapie). Stuttgart :
Fischer 8. Aufl. 1963.
- SCHULTZ, J.H. : Das autogene Training. Konzentrierte
Selbstentspannung. (1932). Stutt-
gart : Thieme 11. Aufl. 1964.
- SCHULTZ-HENCKE, H. : Lehrbuch der analytischen Psychothe-
rapie. Stuttgart : Thieme 2. Aufl. 1965.
- SCHWARZMANN, J. : Die soziologisch orientierte Kinder-
analyse. Psyche 9, 1956, S. 684 - 703.
- SCHWIDDER, W. : Zur Ätiologie und Therapie des Pavor
nocturnus. Dtsch.med.J. II, 1951,
S. 422 - 424.
- SCHWIDDER, W. : Zur poliklinischen Behandlung psychog-
ener Erkrankungen des Kindes- und
Jugendalters. Prax.Kinderpsychol. 1,
1952, S. 33 - 43.
- SCHWIDDER, W. : Die Behandlung psychisch abnormer Kin-
der und Jugendlichen. Prax.Kinderpsy-
chol. 3, 1954, S. 81 - 85.
- SCHWIDDER, W. : Die Bedeutung der Psychoanalyse und
der aus ihr hervorgegangenen Behand-
lungsmethoden für die Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter. Prax.
Kinderpsychol. 6, 1957, S. 41 - 47.
- SEEMAN, M. : Sprachstörungen im Kindesalter. Ber-
lin, Jena : Volk und Gesundheit 1965.
- SEGAL, H. : Introduction to the Work of M. KLEIN.
London : Heinemann 1964.
- SIMONS, J.E. : Anleitung zur psychiatrischen Unter-
suchung von Kindern. Stuttgart :
Schattauer 1972.
- SKINNER, B.F. : The Behavior of Organism. New York :
Appleton-Century-Crofts 1938.
- SKINNER, B.F. : Science and Human Behavior. New York :
Mac Millan 1953.
- SKINNER, B.F. : Freedom and the Control of Men in Con-
trol of Human Behavior. In : ULRICH /
STACHNIK / MABRY : Control of Human
Behavior. Glenview, Ill. : Scott,
Foresman & Co, 1966.

- SLAVSON, S.R. : Analytic Grouptherapy with Children, Adolescents and Adults. New York : Columbia University Press 1950.
- SLAVSON, S.R. : Child Psychotherapy. New York : Columbia University Press 1952.
- SLAVSON, S.R. : A Contribution to a Systematic Theory of Group Psychotherapy. Int.J.Group Psychoth. 4, 1954, S. 3 - 29.
- SLAVSON, S.R. : Einführung in die Gruppentherapie. Göttingen : Verl.f.med.Psychol. 1956.
- SPECHT, F.,
LEUNER, H. : Erfahrungen mit dem Symboldrama bei Kindern und Jugendlichen. Mschr.Kinderheilk, 113, 1965, S. 237 - 238.
- SPERLING, M. : Psychotherapeutic Techniques in Psychosomatic Medicine. In : BYCHOWSKI, G. / DESPERT, J.L. : Specialized Techniques in Psychotherapy. New York : Basic Books 1952.
- SPERLING, M. : Psychotherapeutische Aspekte des kindlichen Bronchialasthmas. In : BIERMANN, G. : Hdb.Kinderpsychotherapie. München : Reinhardt 1969.
- SPERLING, M. : Psychotherapeutische Aspekte der Colitis ulcerosa. In : Hdb.Kinderpsychotherapie. München : Reinhardt 1969.
- SPIEL, W. : Die Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart : Thieme 1967.
- SPIEL, W.,
HIFT, E.,
KOS, M.,
SCHISCHITZKA, A. : Die Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. In : HOFF, H. : Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie. München, Basel, Wien : Urban & Schwarzenberg 1960.
- SPITZ, R.A. : Psychiatric Therapy in Infancy. Amer. J.Orthopsychiat. 20, 1950, S. 623 - 633.
- SPITZ, R.A. : Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart : Klett 1967.
- STAABS, G. v. : Der Sceno-Test. Bern, Stuttgart : Huber 3. Aufl. 1965.
- STÄDELI, H. : Spieltherapie und Persönlichkeitsentwicklung.Prax.Kinderpsychol. 11, 1963, S. 251 - 255.

- STERN, E. : Die Tests in der klinischen Psychologie. Zürich : Rascher 1954/55.
- STERN, E. : Kinderpsychotherapie und Erziehungsberatung. In : STERN, E. : Die Psychotherapie in der Gegenwart. Zürich : Rascher 1958.
- STERN, W. : Psychologie der frühen Kindheit. (1914). Heidelberg : Quelle & Meyer 9. Aufl. 1967.
- STOKVIS, B. : Erfolge in der Psychotherapie. In : STERN, E. : Die Psychotherapie in der Gegenwart. Zürich : Rascher 1958.
- STOKVIS, B.,
LANGEN, D. : Lehrbuch der Hypnose. Basel : Karger 1965.
- STOKVIS, B.,
PFLANZ, M. : Suggestion. Basel : Karger 1960.
- STROTZKA, H. : Betrachtungen zur Frage des Psychotherapieerfolges. Acta psychoth. 12, 1964, S. 341 - 353.
- STUTTE, H. : Grenzen der Sozialpädagogik. Neue Schriftenreihe des allgemeinen Fürsorgeerziehungstages, Heft 12, Marburg : 1958.
- STUTTE, H. : Kinderpsychiatrie und Pädiatrie. Mschr. Kinderheilk, 115, 1967, S. 406 - 411.
- STUTTE, H. : Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete. Bern, Stuttgart : Huber IV 1965, VI 1967.
- SZUREK, S.A. : Problems around Psychotherapy with Children. J. Pediat. 37, 1950, S. 671.
- TAUSCH, R.,
TAUSCH, A.-M. : Kinderpsychotherapie im nicht-direktiven Verfahren. Göttingen : Hogrefe 1956.
- TAUSCH, R. : Das psychotherapeutische Gespräch. Göttingen : Hogrefe 1960.
- TEIRICH, H.R. : Gruppentherapie und Gruppenpsychotherapie. Psyche 13, 1959, S. 224 - 228.
- THARP, R.G.,
WETZEL, R.J. : Behavior Modification in the Natural Environment. New York, London : Academic Press 1969.

- TOMKINS, S.S. : The Thematic Apperception Test.
New York : Grune & Stratton 1947.
- TUNNER, W. : Allgemeine theoretische Grundlagen
der Verhaltenstherapie. Zschr.Psychoth.
med.Psychol. 80, 4, 1970, S. 147 -
153.
- TUNNER, W.,
FLORIN, I. : Kontrollen in verhaltenstherapeuti-
schen Experimenten. Die Einzelstudie
beim operanten Konditionieren. GVT-
Mitteilungen 1, 1969, S. 14 - 16.
- WALLIS, H. : Erste Erfahrungen mit verhaltensthe-
rapeutischen Verfahren bei Kindern.
Prax.Psychoth. 14, 1969, S. 130 - 134.
- WALTERS, R.H. : Discussion of "Growth of Behavior
Therapies with Children" by KRASNER,
L.. Can.Psycholog. 8, 2, 1967, S.
76 - 80.
- WEBER, D. : Beitrag zur Symptomatologie, Behand-
lung und zum Verlauf der Pubertäts-
magersucht. In : STUTTE, H. : Jahr-
buch für Jugendpsychiatrie und ihre
Grenzgebiete, Bd. IV, Bern, Stutt-
gart : Huber 1965.
- WECHSLER, D. : Handbuch für den Hamburg-Wechsler-
Intelligenztest für Kinder. Bern,
Stuttgart : Huber 1956.
- WEINREB, J. : Recent Developments in Psychoanalytic
Child Therapy. New York : Int. Univ.
Press 1960.
- WERKMAN, S.L. : The Psychiatric Diagnostic Interview
with Children. Amer.J.Orthopsychiat.
35, 1965, S. 764 - 771.
- WERNER, R. : Das verhaltensgestörte Kind. Berlin :
VEB Deutscher Verlag der Wissensch.
1963.
- WIESENHÜTTER, E. : Gestaltungs- und Gruppentherapie bei
Jugendlichen. Prax.Psychoth. 6, 1961,
S. 155 - 160.
- WILDER, J. : Bewegung. In : FRANKL / GEBSATTEL /
SCHULTZ : Hdb.Neurosenlehre und Psy-
chotherapie. München, Berlin : Urban
& Schwarzenberg 1959.

- WINKLER, M. : Unser Kind braucht Hilfe. Aus der Werkstatt einer Psychotherapeutin. Bern, Stuttgart : Huber 1964.
- WINNICOTT, D.W. : Kind, Familie und Umwelt (1957). München, Basel : Reinhardt 1969.
- WOLFFHEIM, N. : Von den Anfängen der Kinderanalyse und der psychoanalytischen Pädagogik. Psyche 5, 1951, S. 310 - 315.
- WOLPE, J. : Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford : Stanford University Press 1958.
- WOLPE, J. : The Practice of Behavior Therapy. New York : Pergamon Press 1969.
- WOLTMANN, A.G. : Spontaneous Puppetry by Children as a Projective Method. In : RABIN, A.I. / HAWORTH, M.R. : Projective Techniques with Children. New York : Grune & Stratton 1960.
- ZIERL, W. : Sexuelle Reifungsprobleme des Pubertätsalters in der Traumprojektion. Psyche 14, 1960, S. 221 - 233.
- ZUCKERMAN, M., The Parental Attitudes of Parents of Child Guidance Cases. Child Developm. 31, 1960, S. 401 - 417.
- ZULLIGER, H. : Psychoanalyse und Formdeuteversuch. Psyche 3, 1949, S. 844 - 850.
- ZULLIGER, H. : Schwierige Kinder. Bern, Stuttgart : Huber 1951.
- ZULLIGER, H. : Behn-Rorschach-Versuch. Bern, Stuttgart : Huber 3. Aufl. 1952¹.
- ZULLIGER, H. : Über die Indikation zur Kinder-Psychotherapie. Psyche 6, 1952², S. 669 - 679.
- ZULLIGER, H. : Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik im Formdeuteversuch. Psyche 7, 1953, S. 140 - 149.
- ZULLIGER, H. : Projektive Tests und "kleine Psychotherapie". Psyche 10, 1956, S. 610 - 629.
- ZULLIGER, H. : Psychoanalyse und Kinderpsychotherapie. In : Freud in der Gegenwart. Frankfurt : Europ. Verlagsanstalt 1957.

- ZULLIGER, H. : Praxis mit der kleinen Testbatterie. Prax.Kinderpsychol. 7, 1958, S. 273 - 278.
- ZULLIGER, H. : Heilende Kräfte im kindlichen Spiel-
Spieltherapie. Zürich : Pestalozzia-
num 1959.
- ZULLIGER, H. : Der Tafeln-Z-Test. Bern, Stuttgart :
Huber 2. Aufl. 1962.
- ZULLIGER, H. : Bausteine zur Kinderpsychotherapie
und Kindertiefenpsychologie. Bern,
Stuttgart : Huber 1966.
- ZULLIGER, H. : Die deutungsfreie psychoanalytische
Kinderpsychotherapie (1965). In :
BIERMANN, G. : Hdb.Kinderpsychothe-
rapie. München, Basel : Reinhardt
1969.
- ZULLIGER, H. : Umgang mit kindlichem Gewissen.
(1953). Frankfurt : Fischer 1971¹.
- ZULLIGER, H. : Helfen statt Strafen.(1956). Frank-
furt : Fischer 1971².

Herrn Professor Dr. med. D. L a n g e n danke
ich für die Überlassung des Themas. Manche wert-
volle Anregung zu dieser Arbeit erhielt ich von
ihm und von Frau Dipl.-Psych. R. D o m s .

Lebenslauf

Am 24. Januar 1950 wurde ich, Ralf Willy Dittmann, als erstes Kind des damaligen Friseurfachlehrers Hermann Dittmann und seiner Ehefrau Waltraud geb. Radek in Rahden/Kreis Lübbecke geboren.

Meine ersten Lebensjahre verbrachte ich in Osnabrück, Lübeck und Hamburg. Dort besuchte ich von 1956 - 1960 die Volksschulen in Hamburg-Barmbek und Hamburg-Horn, danach bis Ostern 1962 das Kirchpauer-Gymnasium in Hamburg-Hamm im neusprachlichen Zweig. Ab 1962 war ich Schüler des Stefan-George-Gymnasiums in Bingen am Rhein. Im Juni 1968 bestand ich die Reifeprüfung in der mathematisch-naturwissenschaftlichen Abteilung.

Von Juli 1968 - Juni 1969 leistete ich meinen verkürzten Grundwehrdienst bei der Sanitätstruppe der Bundeswehr ab.

Im Wintersemester 1969/70 begann ich mit dem Studium der Medizin an der Johannes Gutenberg - Universität in Mainz.

Seit dem Wintersemester 1970/71 studierte ich zusätzlich als zweites Hauptfach Psychologie.

Im Oktober 1970 legte ich die naturwissenschaftliche Vorprüfung, im April 1972 die ärztliche Vorprüfung und im Januar 1973 die Diplom-Vorprüfung für Psychologen ab.

